

**Intervenções de Enfermagem na melhoria das competências dos Ajudantes de Ação Direta sobre os cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente.**

**Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária**

**Hélder Miguel Rodrigues Carreira**

**Orientadora**

Professora Coordenadora Maria do Rosário Machado

**Co orientadora**

Professora Adjunta Alcinda Costa dos Reis

**2016, Fevereiro**

**Intervenções de Enfermagem na melhoria das competências dos Ajudantes de Ação Direta sobre os cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente.**

**Relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária**

**Hélder Miguel Rodrigues Carreira**

**Orientadora**

Professora Coordenadora Maria do Rosário Machado

**Co orientadora**

Professora Adjunta Alcinda Costa dos Reis

**2016, Fevereiro**

*“Conhecimento é Poder”*

*Francis Bacon (1561-1626)*

## AGRADECIMENTOS

Sendo que o resultado é a soma de todas as partes, gostaria de agradecer às pessoas que de uma forma direta ou indireta me ajudaram a completar este percurso e sem as quais nada teria sido possível:

- Ao meu filho Diogo, amor que preenche o meu coração, por todos os momentos em que não pude estar presente...
- Aos meus pais pela força, apoio e ensinamentos ao longo da minha vida.
- Senhora Professora Rosário Machado pela sabedoria científica, experiência, disponibilidade e liberdade fornecida.
- Senhora Professora Alcinda Reis pela compreensão e forma como partilhou os seus saberes e arte de ensinar.
- Senhora Enfermeira Fátima Soares, orientadora de estágio, pela colaboração e aconselhamento sempre oportuno e enriquecedor.
- À Instituição Particular de Solidariedade Social- contexto de estágio, na pessoa da Senhora Diretora Técnica, pela receptividade, acolhimento e flexibilidade.
- A todos os Ajudantes de Ação Direta que colaboraram no projeto e que partilharam as suas experiências profissionais e pessoais.
- E muitas Outras pessoas que não foram mencionadas mas que guardo no coração...

*A todos o meu sincero obrigado!*



## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AAD – Ajudantes de Ação Direta  
ACES PL – Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral  
ARS – Administração Regional de Saúde  
DARE+ – Diabetes: + Apoio pelos Responsáveis Escolares  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DR – Diário da República  
ERPI – Estrutura Residencial para Idosos  
IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional  
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social  
Km2 – Quilómetro quadrado  
MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários  
MSSS – Ministério da Solidariedade e Segurança Social  
Nº – Número  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
PeS – Planeamento em Saúde  
PEsR – Projeto Escolas sem Ruído  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
PNV – Plano Nacional de Vacinação  
RSL – Revisão Sistemática da Literatura  
SPSS – Statistic Package for the Social Science  
USP – Unidade de Saúde Pública  
% – Percentagem

## RESUMO

Perspetivando, melhorar o nível de saúde dos utentes dependentes, através de intervenções de enfermagem fundamentadas na evidência científica e modelo de Betty Neuman, a abordagem da temática formação nos Ajudantes de Ação Direta tem subjacente no presente relatório o conhecimento e análise reflexiva, espelhando as intervenções efetuadas e as competências adquiridas em Enfermagem Comunitária.

Definida a questão de partida “***Que intervenções de Enfermagem promovem a melhoria dos conhecimentos dos Ajudantes de Ação Direta sobre os cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente?***”, foi usada a metodologia do planeamento em saúde, iniciando-se com um diagnóstico de situação e concretização do projeto de intervenção comunitária “Rumo ao Bem-Estar”- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos Ajudantes de Ação Direta.

Mediante o curso de formação, aumentou em 30% o nível de conhecimento dos formandos, podendo proporcionar a melhoria do nível de cuidados dos Ajudantes de Ação Direta à pessoa dependente, através do reforço das linhas de defesa.

**Palavras-chave:** Intervenções, enfermagem comunitária, Ajudantes de Ação Direta, formação de adultos, cuidados de higiene e conforto e planeamento em saúde.

## ABSTRACT

Looking ahead to improve the health status of dependent users through nursing interventions based on scientific evidence and Betty Neuman model, the thematic approach to education of Nursing Assistants (AAD) has underlying in this report the knowledge and reflective analysis, mirroring interventions made and the skills acquired in Community Nursing.

Set the initial question "***What nursing interventions promote the improvement of knowledge of the Nursing Assistants on hygiene and comfort to the person dependent?***", health planning methodology was used, starting with a situation diagnosis and implementation of community intervention project entitled "Rumo ao Bem-Estar"- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD.

Through the training course, increased by 30% the level of knowledge of students and may provide improved care level of Nursing Assistants to the dependent person, by strengthening the lines of defense.

**Keywords:** Interventions, community nursing, Nursing Assistants, adult education, hygiene and comfort and planning in health.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>1</b>
<b>1 - A USP DO ACES PINHAL LITORAL NA PROXIMIDADE À COMUNIDADE .....</b>	<b>4</b>
1.1 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO .....	8
<b>2 - ABORDAGEM CONCEITUAL DA TEMÁTICA .....</b>	<b>12</b>
2.1 - OS AAD NOS CUIDADOS À PESSOA DEPENDENTE .....	12
2.2 - A PERSPETIVA SISTÊMICA DO MODELO DE BETTY NEUMAN .....	18
<b>3 - EVIDENCIA CIENTÍFICA NO SUPORTE DA PRÁTICA .....</b>	<b>23</b>
<b>4 - O PERCURSO: INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE .....</b>	<b>27</b>
4.1 - RESULTADOS E AVALIAÇÃO DO PROJETO .....	34
<b>5 - UM OLHAR CRÍTICO SOBRE A PRÁTICA DESENVOLVIDA .....</b>	<b>40</b>
<b>6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>46</b>
<b>7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>46</b>

### ANEXOS

ANEXO I-	Projeto de intervenção comunitária “Rumo ao Bem-Estar”- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD .....	60
ANEXO II-	Projeto “Escolas sem Ruído” .....	114
ANEXO III-	Projeto Diabetes: + Apoio pelos Responsáveis Escolares (DARE+) .....	116
ANEXO IV-	Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos .....	118
ANEXO V-	Quadro informativo da semana Europeia da Vacinação 2015 .....	120
ANEXO VI-	‘Wallpaper’ da semana Europeia da Vacinação 2015 .....	122
ANEXO VII-	Comemoração dos 50 anos do PNV .....	124
ANEXO VII -	Divulgação do projeto “Rumo ao Bem-Estar” no e-Boletim da USP com publicação no Portal da Saúde e no site do World News .....	126
ANEXO IX-	Validação das palavras-chave como descritores na Mesh Browser .....	130
ANEXO X-	Cruzamento dos descritores .....	132
ANEXO XI-	Artigos incluídos na RSL .....	134
ANEXO XII-	Níveis de evidência científica (Melnik e Fineout-Overholt, 2005) .....	150
ANEXO XIII-	Fichas de leitura dos artigos selecionados .....	152
ANEXO XIV-	Autorização do Presidente da Direção IPSS para participação no projeto .....	155
ANEXO XV-	Guião de entrevista à Diretora Técnica da IPSS .....	157
ANEXO XVI-	Critérios de inclusão da amostra para participação no projeto de intervenção .....	160
ANEXO XVII-	Folheto de divulgação do curso de formação .....	164

ANEXO XVIII-	Ficha de inscrição no curso de formação .....	166
ANEXO XIX-	Autorização de Sofia Militar para o uso do seu questionário .....	168
ANEXO XX-	Consentimento informado para participação no projeto .....	170
ANEXO XXI-	Documento de suporte à formação .....	172
ANEXO XXII-	Ficha de avaliação de conhecimentos .....	197
ANEXO XXIII-	Formulário de aferição do curso de formação .....	199
ANEXO XXIV-	Certificado de presença .....	201
ANEXO XXV-	Apresentação do Workshop sobre a doença de Alzheimer .....	204
ANEXO XXVI-	Trabalhos de grupo realizados pelos formandos .....	208
ANEXO XXVII-	Póster de divulgação do curso .....	212

## INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura nº 1- Representação da intercooperação da USP com as restantes unidades funcionais do ACES PL .....	5
Figura nº 2- Esquema representativo da competência .....	14
Figura nº 3- Princípios fundamentais da andragogia (Knowles, 2011) .....	16
Figura nº 4- Esquema representativo do modelo de Betty Neuman (1995) adaptado à temática .....	20
Figura nº 5- Representação dos contextos do modelo Betty Neuman na temática abordada .	21
Figura nº 6- Representação do projeto de intervenção comunitária nos domínios de competências alcançadas, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011) .....	40

## INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico nº 1- Distribuição dos formandos segundo a assiduidade e participação em cada módulo .....	35
Gráfico nº 2- Distribuição dos formandos segundo a classificação média obtida na ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final .....	36
Gráfico nº 3- Distribuição dos formandos segundo a frequência do curso e o desempenho profissional.....	38
Gráfico nº 4- Distribuição dos formandos segundo a classificação geral do curso .....	38

## INDICE DE QUADROS

	<b>Pág.</b>
Quadro nº 1- Recursos disponíveis nos concelhos que integram o Pinhal Litoral (2013) .....	22
Quadro nº 2- Critérios para a formulação da questão de investigação PI[C]O] .....	23
Quadro nº 3- Bases de dados e limitadores de pesquisa .....	24
Quadro nº 4- Distribuição dos formandos segundo a assiduidade e participação no curso ...	34
Quadro nº 5- Distribuição dos formandos segundo a classificação obtida na ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final .....	35
Quadro nº 6- Distribuição dos formandos segundo a classificação média obtida na ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final .....	35
Quadro nº 7- Distribuição dos formandos segundo a classificação obtida pelos formandos na ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final .....	36
Quadro nº 8- Distribuição dos formandos segundo a classificação obtida por conteúdos da ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final .....	37
Quadro nº 9- Distribuição dos formandos segundo a frequência do curso e o desempenho profissional .....	38
Quadro nº 10- Distribuição dos formandos segundo a classificação geral do curso .....	38
Quadro nº 11- Indicadores de resultado de atividade e respetivas metas .....	39



## **NOTA INTRODUTÓRIA**

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura social e familiar da sociedade portuguesa, mostra que os últimos anos de vida são, na sua maioria, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade muitas vezes relacionados com a saúde, urgindo assim a organização de soluções mais adequadas às novas necessidades (DGS, 2004).

Podendo ocorrer em qualquer faixa etária, a dependência tem maior prevalência na população idosa, resultado de situações de deficiência congénita ou adquirida, ou do próprio processo natural de envelhecimento, surgindo assim a necessidade de “assistência e/ou de ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou Actividades de Vida Diária” (MTSS: 2009: 8), afetadas pela perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, perspetivando-se a homeostasia (Duarte, 2007).

Como forma de atender à situação, o emergir de respostas sociais providenciadas pelas IPSS's, assumem-se como mais-valias para responder às carências de diverso âmbito comunitário, tendo os AAD um papel na esfera social para que a satisfação das necessidades humanas básicas possam ser atendidas.

É descrito na literatura que os cursos lecionados aos AAD são pouco específicos e que incidem principalmente na vertente científica e de animação em vez de conteúdos mais práticos, tais como posicionamentos ou cuidados de higiene a idosos ou pessoas dependentes. Uma vez que a formação condiciona o desempenho profissional, nos AAD esta revela-se como imprescindível para a aquisição de competências e saberes, facilitando a comunicação, resolução de problemas e melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Jacob, 2002, 2004).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, desenvolver a sua prática “centrada na comunidade”, identificando as necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade) e asseverando o acesso e a continuidade de cuidados de saúde eficazes, integrados e ajustados, bem como das articulações necessárias com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários, numa determinado contexto geográfico, social, económico ou político. Acrescenta-se a participação na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, bem como no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção tendente à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania (DR nº 35/2011; Regulamento nº128/2011 da OE).

Sendo através da investigação que se consegue alcançar um suporte científico para orientar a prática e testar o desenvolvimento de uma profissão como a de enfermagem em contexto comunitário (Fortin, 2009), esta é vista como um “um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades” (OE, 2006: 1). Para tal, é necessário que o desenvolvimento do conhecimento prático (saber fazer) alicerce-se em estudos

científicos e investigações apoiadas na teoria e pelo registo do saber fazer, construído ao longo da prática (Benner, 2001).

Integrado no 5º Mestrado em Enfermagem Comunitária na Unidade Curricular de Estágio II e Relatório, o presente documento procura evidenciar o conhecimento e a reflexividade sobre a prática, descrevendo as intervenções efetuadas e as competências adquiridas na área da especialização, de acordo com o Regulamento nº128/2011 da OE, servindo igualmente como suporte à obtenção do grau de Mestre na referida especialidade (Decreto-Lei nº 74/2006), pelo saber e capacidade de compreensão que permitem o desenvolvimento em contexto de investigação.

O ensino clínico efetuado no processo formativo, que decorreu na USP do ACES Pinhal Litoral no período de 16 de Fevereiro a 3 de Julho de 2015, teve como fundamento o desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária intitulado “Rumo ao Bem-Estar” (Anexo I). Este, ao se integrar nos programas e projetos da Unidade, procura atender às necessidades de formação dos AAD de uma IPSS, identificadas na fase de diagnóstico, através de uma formação estruturada que possibilite aumentar os seus conhecimentos teóricos e práticos, bem como a alteração de comportamentos, tendente a melhorar o nível de saúde das pessoas dependentes por eles cuidados. O projeto vai assim ao encontro das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária por procurar responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.

No sentido de sustentar o “modus operandi” da intervenção, procurou-se a melhor evidência científica, autenticada pela RSL, usando a metodologia PI[C]O na definição da questão de partida:

***“Que intervenções de Enfermagem (I) promovem a melhoria dos conhecimentos dos AAD (P) sobre os cuidados de higiene e conforto (O) à pessoa dependente?”***

O desenvolvimento do projeto e a concretização deste relatório foram fundamentados no modelo de Betty Neuman, considerando os AAD da IPSS um sistema dinâmico em permanente interação com o ambiente que os rodeia, sendo fortemente influenciado por este, numa procura permanente de equilíbrio (Neuman, 1995). Para a aquisição das Competências Específicas da Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (Regulamento nº 128/2011 da OE) foi seguida a metodologia do planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes (1993).

O presente relatório ao ambicionar dar visibilidade à intervenção de enfermagem plasma o conhecimento auto formativo com reflexão na ação e sobre a ação, no sentido do crescimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem comunitária. Atendendo a esta perspetiva, para este documento foram definidos os seguintes objetivos:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Enquadrar o desenvolvimento do estudo no modelo concetual de Betty Neuman;

- Fundamentar a singularidade das intervenções de enfermagem nos AAD e os potenciais de mudança identificados com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários às intervenções de enfermagem, baseado na evidência;
- Avaliar e divulgar os resultados sensíveis à ação/intervenção na área em análise;
- Analisar de forma reflexiva as atividades desenvolvidas no ensino clínico;
- Fundamentar as competências desenvolvidas ao longo da prática clínica sustentando-as na natureza da enfermagem avançada.

Procurando assumir-se a sua solidez e relevância, o relatório elaborado de forma cuidada, organizada e congruente, apresenta um fio condutor de raciocínio e uma estrutura que procura facilitar a sua leitura e entendimento. Ao estar dividido em 8 partes, após a introdução segue-se a contextualização do ensino clínico na USP do ACES PL, posterior concetualização teórica e evidência científica da prática com recurso à RSL, desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, análise reflexiva do trabalho e conclusões do mesmo como capítulos seguintes, finalizando com as referências bibliográficas.

A elaboração deste relatório teve como suporte as Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém (2012), bem como o Documento Orientador à Elaboração do Relatório para a Obtenção do Grau de Mestre (2011).

## **1- A USP DO ACES PINHAL LITORAL NA PROXIMIDADE À COMUNIDADE**

Enquanto fatores chave na concretização dos objetivos no ensino clínico que decorreu na USP do ACES PL, o conhecimento da estrutura física, orgânica e funcional da unidade e a integração na respetiva equipa multidisciplinar, providenciaram igualmente a solidez na estrutura e forma de análise do presente relatório.

A Saúde Pública pode ser definida como a ciência e a arte para prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e proteger as populações, através de uma abordagem comunitária organizada (Stanhope e Lancaster, 2011; Johns Hopkins- School of Public Health, 2008). Segundo Ferreira (1963), a saúde pública ao ter como objetivo o estudo e resolução dos problemas que condicionam a saúde dos indivíduos integrados no meio em que vivem, “a sua estratégia *major* consiste na prevenção que tem como resultado os não-acontecimentos” (Turnock, 2004: 84).

Enquanto resultado do Decreto-Lei nº 28/2008, o surgimento dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) conduziram a “um nível intermédio de serviços de saúde pública (...) correspondente às unidades de saúde pública (USP)” (Almeida, 2011: 88). Entende-se como ACES, os “serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais de um ou mais centros de saúde e cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de determinada área geográfica” (Decreto-Lei nº 28/2008).

A USP tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, no sentido da obtenção de ganhos em saúde, indo ao encontro da premissa do ACES em que se integra (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008).

À USP compete (..) elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde (Decreto-Lei nº 137/2013: 6053).

Tendo como enquadramento legal os Decreto-Lei nº 28/2008, nº 81 e nº 82 de 2009, a USP do ACES PL, sediada em Marrazes- Leiria nas instalações do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio, é uma unidade funcional independente e flexível a nível organizativo e técnico, regida por um plano de ação onde consta a missão, valores, estrutura orgânica e funcional, áreas de atuação e níveis de responsabilização dos profissionais que integram a equipa multidisciplinar (USP, 2010).

A USP ao funcionar como um observatório de saúde da área geodemográfica, tem como missão a promoção da utilização dos recursos que tem ao seu alcance para maximizar os níveis de saúde da população, fazendo uso para a defender, proteger e promover a investigação e vigilância epidemiológica, o planeamento em saúde, a aferição do impacto das ações ao nível comunitário e a autoridade de saúde (USP, 2010).

Numa área geográfica de influência de 1743,7 km<sup>2</sup>, a USP atende uma população residente de 259174 indivíduos (Pordata, 2014) distribuída pelos 5 concelhos que constituem o Pinhal Litoral, designadamente, Leiria, Marinha Grande, Pombal, Porto de Mós e Batalha.

Unidade única no ACES PL, com polos de apoio nos 5 concelhos, a USP garante a funcionalidade do sistema e circuitos de informação fundamentais para o cumprimento das diretrizes da DGS e ARS, destacando-se igualmente a elaboração de programas orientadores para as diversas unidades funcionais do agrupamento, através de uma estreita intercooperação (Figura nº 1).

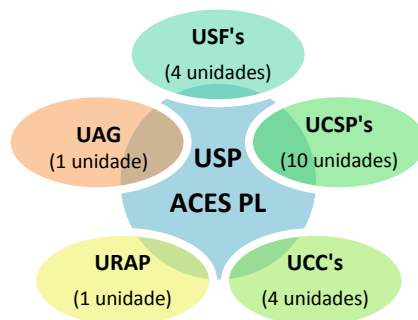


Figura nº 1 - Representação da intercooperação da USP com as restantes unidades funcionais do ACES PL.

A USP ao identificar as necessidades da população e a existência de grupos vulneráveis na sua área de abrangência, como é o caso de pessoas dependentes e idosos, articula-se com as restantes unidades funcionais no sentido de construção de redes locais de suporte. Exemplo do mencionado são as UCC's (Unidade de Cuidados da Comunidade) através da ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), as USF's (Unidade de Saúde Familiar) no serviço apoio domiciliário, ou a URAP (Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados) na deslocação de fisioterapeutas ou psicólogos à residência do utente, assegurando assim de forma prioritária, estruturada e com continuidade as ações necessárias à promoção e proteção da saúde da comunidade.

Mediante o enquadramento legal a USP é constituída por uma equipa multidisciplinar, atualmente por 2 enfermeiros, 9 médicos, 10 técnicos de saúde ambiental e 6 assistentes técnicos. O coordenador da USP, médico, é simultaneamente delegado de saúde do ACES PL.

### **O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Unidade**

Assumindo-se como uma peça chave para o funcionamento da unidade, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária pelo seu saber científico alicerçado no mais atual conhecimento teórico e prático, potencializa de modo ímpar a concretização das atividades desenvolvidas pela USP. Segundo Missouri Department of Health and Senior Services (2015) os

enfermeiros de saúde pública, pelo seu conhecimento superior, fornecem uma ligação crítica entre os dados epidemiológicos e a compreensão clínica da saúde e da doença, monitorizando indicadores do estado de saúde essenciais, tais como doenças causadas ambientalmente, os níveis de imunização, mortalidade infantil, e ocorrência de doenças transmissíveis, a fim de identificar os problemas que ameaçam a saúde

pública e desenvolver intervenções eficazes (Missouri Department of Health and Senior Services, 2015)

Com um profundo envolvimento associado a uma participação ativa dignificadora da profissão pela mobilização do saber no atendimento às necessidades da comunidade, na USP o enfermeiro especialista desenvolve as competências reconhecidas pela OE (Regulamento nº128/2011) nas diversas áreas da carteira de serviços da unidade (USP, 2010) como seguidamente ilustrado:

- **Planeamento em saúde (PeS)**

Efetuada pela USP em cooperação com o ACES, o PeS consiste em elaborar planos de saúde pública, com definição do problema, objetivos, estratégias e forma de difusão da informação, fornecendo os instrumentos para a tomada de decisão (USP, 2010). Para a concretização deste planeamento salienta-se na USP:

- Função de observatório local de saúde (OLS) que consiste na observação e análise de “forma crítica, continuada e sistemática da evolução dos indicadores do estado de saúde da população” (DGS, 2006: 2). Neste sentido, compete à unidade a produção e disseminação de “informação qualificada” tendo em vista a produção de conhecimentos e decisões informadas, bem como monitorizar a adequação, utilidade, pertinência e agilidade dos sistemas de informação de saúde e seus resultados, na ótica da saúde da população (DGS, 2006). Mediante a participação no OLS o enfermeiro *“contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”* (Regulamento nº128/2011);
- Elaboração da proposta do plano local de saúde (PLS) enquanto documento estratégico de análise da situação de saúde da população do ACES PL. Sendo um instrumento de apoio à gestão, identifica problemas, prioriza as necessidades, aclara estratégias, define objetivos, avalia as intervenções e formula recomendações para a sua operacionalização (ACES Espinho/Gaia, 2011). O enfermeiro ao colaborar no referido plano *“estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”* (Regulamento nº128/2011);

- **Promoção de saúde**

A USP ao realizar e reger programas e projetos dirigidos à população com o objetivo de prevenir doenças, proteção e promoção de saúde de âmbito geral e/ou grupos específicos, contribui para o processo de capacitação com possibilidade de impacto positivo na saúde dessa população (USP, 2010). Com o envolvimento nestas atividades o enfermeiro *“integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do plano nacional de saúde”* (Regulamento nº128/2011) em áreas como a vacinação, saúde oral ou escolar.

- **Epidemiologia**

Função essencial na USP interligada ao OLS, a vigilância epidemiológica consiste num processo contínuo e sistemático de recolha, análise e interpretação de dados de saúde no sentido da descrição e monitorização de um evento (USP, 2010). O enfermeiro através da supervisão do PNV e das doenças evitáveis pela vacinação *“realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”* (Regulamento nº128/2011).

Associado às áreas anteriormente referidas, com o envolvimento de todos os profissionais da equipa USP no sentido da concretização das atividades constantes do plano de ação, são atualmente desenvolvidos programas e projetos na unidade relacionados com : vacinação; saúde escolar; saúde oral; promoção da saúde (ex: diabetes); vigilância epidemiológica; contingência das ondas de calor; vigilância sanitária de estabelecimentos e locais (ex: restauração, bebidas, piscinas, termas, ensino, etc...); gestão de resíduos; saúde ocupacional; alcoolismo; entre outros (USP, 2010).

De acordo com o tema em estudo e a intervenção realizada durante o ensino clínico na USP importa abordar mais pormenorizadamente o programa de vigilância epidemiológica.

- **Programa de vigilância epidemiológica**

A vigilância em saúde pública ao ter como propósito a monitorização do estado de saúde da população, visa determinar o risco de transmissão de qualquer doença, bem como a sua prevenção ou propagação mediante o controlo da sua génese e evolução, mobilizando para tal, entidades como a DGS, o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, ou serviços de saúde pública (DGS, 2011).

Procurando “concorrer para a recolha sistemática, consolidação e avaliação de dados de morbilidade, mortalidade e determinantes da saúde” (Decreto-Lei nº81/2009) na área de abrangência do ACES PL, a USP é responsável pela vigilância epidemiológica quer das doenças transmissíveis, quer no âmbito da saúde ambiental, nomeadamente: doenças de declaração obrigatória (ex: tuberculose), doenças evitáveis pela vacinação (ex: gripe sazonal), vigilância sanitária da qualidade da água (ex: consumo humano, banhar, piscinas), toxinfecções alimentares e segurança alimentar nas cantinas e refeitórios escolares (MCSP, 2008).

Os atuais desafios da transição demográfica e mudança do perfil epidemiológico em Portugal, requer do sistema de saúde uma resposta eficaz e eficiente que traduza a essência do Plano Nacional de Saúde: “promoção da equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, impondo o desenvolvimento de medidas inadiáveis de melhoria da saúde dos cidadãos, reduzindo *gaps*” (PNS, 2012-2016: 20).

O aumento da incidência das infeções respiratórias, principalmente associadas à epidemia sazonal da gripe, representa um grave problema de saúde pública pelas elevadas taxas de morbilidade e mortalidade associadas, tendo estas maior relevância nos idosos e nos doentes com comorbilidades (Loeb, 2005; Feldman, 1999).

Com a definição da problemática desenvolveu-se no ensino clínico o projeto de intervenção “Rumo ao Bem- Estar”, o qual dá seguimento às orientações do Ministério da Saúde

(2014) para se observarem os cuidados de saúde nos lares de idosos, cumprindo assim o plano de prevenção e resposta para as infeções respiratórias para o outono/inverno (PPRIROI) 2015 da DGS (2014) com o parecer da Fundação Portuguesa do Pulmão (2015). Este plano apela para que os profissionais que cuidem de idosos tenham especial atenção nos cuidados relacionados com: higienização das mãos, higiene oral, alimentação, hidratação, atividade física, repouso, posicionamentos e ambiente com temperatura adequada, enquanto fatores chave para a prevenção das infeções respiratórias associadas à depressão do sistema imunitário das pessoas idosas.

Face ao mencionado existe um enquadramento para a intervenção realizada, inserida no programa de vigilância epidemiológica da USP ao nível da prevenção das doenças respiratórias, com uma formação em saúde de caráter abrangente tendente a ampliar as competências dos AAD em relação aos seus cuidados numa perspetiva de melhoria do nível de saúde dos utentes dependentes. A concretização do projeto procura assim promover e desenvolver o conhecimento, aquisição de competências e capacidade de resolução de problemas, permitindo aos cuidadores usar o pensamento crítico para a tomada de decisão consciente e fundamentada em matéria de saúde.

#### 1.1- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ENSINO CLÍNICO

A procura do conhecimento, moldada por motivação pessoal e profissional, permite no seu autor a evolução das diversas formas de saber, rumo à excelência profissional não só enquanto objectivo mas como âmago de uma profissão.

No sentido de entender a estrutura orgânica/funcional e integrar a equipa multidisciplinar da unidade foi importante a consulta do Plano de Ação da USP 2015, o PNS 2012-2016, o PPRIROI 2015, entre outros documentos oficiais. Este procedimento permitiu o envolvimento em projetos/programas de diferentes áreas, indo assim ao encontro do preconizado pela OE (2010) para a aquisição de competências de especialista em enfermagem comunitária em múltiplos contextos. Entre as atividades desenvolvidas há a destacar:

- **Reuniões de serviço**

Com a participação nas diversas reuniões de serviço realizadas na USP, foi possível refletir e avaliar sobre o desenvolvimento dos diversos programas/projetos da unidade, incluindo do projeto de intervenção “Rumo ao Bem-Estar” (Anexo I) através da contribuição enriquecedora de toda a equipa no sentido da concretização dos objetivos.

- **Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ)**

Enquadrada no Decreto-Lei 147/99, a CPCJ é uma instituição oficial não judiciária, com autonomia funcional, que procura promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral (Decreto-Lei 147/99).



Funcionando desde 2003, a CPCJ do Concelho da Batalha reúne-se restritamente com frequência quinzenal às segundas-feiras, envolvendo um núcleo multidisciplinar da qual a USP faz parte ao nível da saúde, para a concretização das atividades de intervenção comunitária (CPCJ Batalha, 2015).

Através do acompanhamento da enfermeira que representa a unidade foi possível compreender o funcionamento da instituição e integrar a respetiva equipa gestora de casos que procura dar resposta às situações de fragilidade da comunidade.

Prevendo o Decreto- Lei 147/99 a obrigatoriedade da comunicação para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica e a liberdade da criança/jovem, a CPCJ da Batalha assegura medidas de promoção e proteção com apoio junto dos pais, ou outro familiar, acolhimento familiar, entre outras, procurando assim remover as situações ou fatores de risco que implicam um perigo potencial para a criança (Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco, 2012).

Com o envolvimento nas atividades desenvolvidas pela comissão, houve um enriquecimento do conhecimento relativo à identificação de situações de risco e formas de articulação com os restantes parceiros, tendente a uma intervenção eficiente e eficaz nos problemas da comunidade.

- **Projeto Escolas sem Ruído (PEsR)**

Ao envolver o Departamento de Saúde Pública da ARS Centro, a Direção Geral dos Estabelecimentos Escolares e a USP dos diversos ACES, o PEsR procura sensibilizar todos os intervenientes em meio escolar para as implicações do ruído na saúde.

O ruído ao ser definido como todo o som nocivo para o bem-estar físico e psíquico de um indivíduo, provocado por causas naturais ou humanas, tem influência não só no funcionamento do aparelho auditivo mas igualmente na atividade física, fisiológica e mental da pessoa a ele exposto, constituindo assim um dos principais fatores de degradação da qualidade de vida na sociedade atual (Fernandes, 2015).

As escolas enquanto parte integrante da sociedade, local de aprendizagem e de crescimento pessoal, assumem-se como prioridades de intervenção para o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária pelas suas competências na melhoria do bem-estar físico, psíquico e social da comunidade escolar.

O projeto ao estar direcionado para as escolas do 2º e 3º ciclos do ensino básico, foram desenvolvidas intervenções no Agrupamento de Escolas Dr. Correia Mateus com o intuito de divulgar e sensibilizar para o risco de exposição ao ruído, promovendo estilos de vida saudáveis (Anexo II).

- **Projeto Diabetes: + Apoio pelos Responsáveis Escolares (DARE+)**

Em Portugal, o considerável aumento de 268 novos casos de diabetes tipo I, entre os anos 2000 e 2009, levou ao surgimento da orientação da DGS nº3/2012 para que, no âmbito da escola inclusiva e das crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, a escola identifique as

situações de alunos com este tipo de diabetes, de modo a adequar os recursos para o apoio necessário ao seu bem-estar e à sua inclusão escolar, promovendo o acompanhamento, a manutenção do tratamento e a gestão de situações intercorrentes nesta doença (DGS, 2012).

Desenvolvido pela USP o projeto DARE+ tem como finalidade a criação de condições favoráveis ao bem-estar e integração saudável e segura da criança com diabetes tipo I em contexto escolar. Entre os objetivos específicos, dirigidos aos professores e assistentes operacionais, destacam-se: melhorar os conhecimentos nesta área da diabetes; demonstrar competências adequadas ao acompanhamento do estudante (injeção de insulina, determinação da glicemia; administração de glucagon); definir o sistema de alerta em caso de emergência; e demonstrar atitudes promotoras de uma integração saudável em contexto escolar e com oportunidades de aprendizagem similares aos outros estudantes (DARE+, 2015).

Mediante a integração no referido projeto, acompanhando a enfermeira orientadora foram desenvolvidas ações na escola básica da Fonte Nova que permitiram não só a concretização das metas definidas, como a nível pessoal a consolidação de competências de intervenção em meio escola na diabetes tipo I (Anexo III).

- **Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)**

As infeções relacionadas com “os cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbi-mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários. No entanto, cerca de um terço são, seguramente, evitáveis” (DGS, 2013:1).

Ao ter por base o Despacho n.º 2902/2013, o PPCIRA, constituído por uma equipa multidisciplinar onde se incluem os enfermeiros, tem como objetivos gerais: a redução da taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, a promoção do uso correto de antimicrobianos e a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

Para a concretização das metas definidas, as principais estratégias relacionam-se com a informação/educação, a vigilância epidemiológica, a normalização de estrutura, procedimentos e práticas clínicas e a monitorização (DGS, 2013).

Com o decorrer do ensino clínico, houve a oportunidade de participar ativamente no plano de atividades do PPCIRA, através da dinamização de formação sobre o controlo e prevenção de infeções relacionadas com os cuidados de saúde e sobre resistência aos microbianos. Entre as ações desenvolvidas realça-se o uso e gestão de luvas nas unidades de saúde, tendo como destinatários médicos de saúde pública, técnicos de saúde ambiental e assistentes operacionais (Anexo IV).

- **Outras:**

- Elaboração do quadro informativo da Semana Europeia da Vacinação para dar resposta às orientações da DGS no sentido de “reforçar junto da população a segurança e benefício das vacinas para a saúde das crianças e da população em geral” (DGS, 2015)

(Anexo V). Foi igualmente feito um 'wallpaper' do tema, com divulgação pelos serviços informáticos para todas as unidades de saúde do ACES PL (Anexo VI).

- Presença na comemoração dos 50 anos do PNV que decorreu no Hospital Pediátrico de Coimbra tendo como convidado o Diretor Geral de Saúde (Anexo VII).
- Apoio à consulta médica e de enfermagem na vacinação internacional, em sessões de educação para a saúde a nível individual e em grupo, bem como a administração de vacinas do PNV e extra Plano.
- Colaboração no procedimento de internamento compulsivo, enquanto programa de autoridade de saúde da USP, na entrevista, preenchimento e encaminhamento da situação para o delegado de saúde.
- Apoio à consulta médica na monitorização das doenças de declaração obrigatória através da plataforma SINAVE (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica).
- Envolvimento no programa de planeamento estratégico em saúde da USP relacionado com a elaboração do Perfil de Saúde da Comunidade e Plano de Desempenho das Unidades do ACES PL;
- Divulgação do projeto "Rumo ao Bem-Estar" no e-Boletim da USP - Conteúdos, 1ª edição, publicado no '*blog*' do ACES PL, Portal da Saúde e site do World News (Anexo VIII).

Com a realização deste conjunto de atividades, relacionadas com múltiplos contextos da USP, procura-se espelhar a progresso ocorrido fruto da solidez criada na USP enquanto local para a aquisição e consolidação das competências ímpares do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

## **2- ABORDAGEM CONCETUAL DA TEMÁTICA**

Pelo profundo entendimento da comunidade em toda a sua amplitude, as competências do enfermeiro especialista evidenciam-se no modo de atuação e gestão dos próprios cuidados fundamentados em bases sólidas de conhecimento que articulam a teoria e prática enquanto âmbito da profissão.

De forma a dar consistência ao documento, o presente capítulo procura reunir os aspetos concetuais do tema. Para a sua realização, efetuaram-se diversas pesquisas e consultas de literatura, artigos científicos e documentos oficiais.

### **2.1- OS AAD NOS CUIDADOS À PESSOA DEPENDENTE**

Embora ser mais velho não signifique ser dependente, a tendência para o envelhecimento populacional conduz normalmente a um aumento de situações crónicas incapacitantes, com questões de dependência funcional que demandam a médio ou a longo prazo suporte familiar, social e de saúde (Lage, 2005).

Segundo a União Europeia, o conceito de dependência pode ser definido como o estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou de ajudas de terceiros para a realização das atividades de vida diárias (Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, 2009). De acordo com Vilão (1995), a dependência é entendida como a restrição do indivíduo para adoção de comportamentos ou execução de tarefas, que lhe permitam alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, havendo a transferência para o outro das atividades orientadas para a satisfação das “necessidades humanas básicas”, em contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência.

O conceito de cuidador formal surge em oposição ao de cuidador informal. Segundo Rocha, *et al*, (2008) o cuidador formal é um colaborador na área social que de uma forma oficial, exerce uma profissão eleita por escolha própria com uma preparação académica e profissional adequada. Já o informal, remete para o familiar ou amigo que é solicitado para dar resposta aos cuidados necessários pela pessoa quando retorna ao seio familiar.

Podendo exercer funções em qualquer instituição de saúde, os cuidadores formais são definidos como profissionais que prestam cuidados de apoio, com um vencimento e poder de decisão reduzido, cumprindo atividades delegadas pela família ou profissionais de saúde que orientam a sua ação. Ao exercerem tarefas diversas, contribuem de forma significativa na melhoria da qualidade de vida das pessoas cuidadas (Rocha, *et al*, 2008). Assim, sob um apoio contratual, a “relação que estabelece com o utente/cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das suas funções” (Instituto para o Desenvolvimento Social, 2002).

Embora em Portugal persista uma diversidade de denominações para os cuidadores formais, como ajudantes de lar e centro de dia, auxiliares de apoio a idosos, ou outros (Jacob 2002; Sousa, 2011), existe uma realidade profissional que os define enquanto trabalhadores que exercem apoio a pessoas dependentes, sendo que na generalidade, não detêm qualificações a nível profissional na área em que realizam funções, sendo supervisionados por um técnico ou trabalhador profissional devidamente qualificado (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Ao serem maioritariamente do sexo feminino, com idades entre os 25 e 50 anos, denota-se que alguns AAD não apresentam competências para as atividades que realizam, para além de trabalharem em contextos precários, caracterizados pela escassez de recursos para responder às necessidades dos utentes, geralmente dependentes ou muito dependentes, executando um trabalho tipicamente pesado e igualmente associado a elevadas responsabilidades (Sousa, 2011). O descontentamento no trabalho, associado às reduzidas remunerações, à exigência física e emotiva, ao acumular de funções e, além disso, a formação desajustada, que acaba por descrever o trabalho dos AAD, são as principais razões que afetam o seu desempenho profissional, com repercussão na qualidade dos cuidados e consequentemente na vida dos utentes, ou mesmo levar ao abandono da atividade profissional (Sousa, 2011; Sengupta, Kojetin e Ejaz, 2010).

A complexidade de tarefas, funções executadas e habilitações exigidas aos AAD, conduziram à necessidade de enquadramento legal através do Decreto-Lei nº 414/99 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, passando a estar definida a atividade profissional desta classe, sendo este o conceito uniformemente adotado para denominar os cuidadores formais.

Segundo o Decreto-Lei nº 414/99, o ingresso na carreira profissional, faz-se entre indivíduos habilitados com o 9º ano de escolaridade ou equivalente, e com aprovação em estágio. Importa, contudo referir que é consentido o acesso na respetiva atividade profissional, independentemente da posse das habilitações legalmente exigidas, ao pessoal que já está integrado nas mesmas. A progressão nas categorias faz-se por alteração de escalão e depende da permanência, no escalão imediatamente anterior, de três anos classificados, no mínimo, de Regular (Carvalho, 2009).

Apesar da legislação, tendo em conta o parecer de Jacob (2004), em Portugal os AAD iniciam a sua atividade profissional, vulgarmente, sem que tenham frequentado qualquer ação de preparação exclusiva, isto é, formação específica, que os capacitem a trabalhar com pessoas dependentes.

Com a abordagem do tema é importante ter presente a noção de competência, enquanto construção da sociedade que pode adotar vários significados (Baptista, 2012), ou seja, “não é somente uma construção operatória, mas também uma construção social”, na medida em que é guiada por sistemas de valores e de significações, ou por modelos que são socialmente partilhados (LeBoterf, 1995: 36).

A aptidão ou habilidade, características com as quais nascemos e fortalecemos no decurso da vida, dão origem a certas competências, determinadas pela mobilização de conhecimentos empíricos e adquiridos, para responder a problemas específicos ou resolver situações de imprevisibilidade (Pacheco e Rosa, 2009; Santos 2009).

De acordo com Fleury e Fleury (2001), a competência é o resultado da interceção entre a habilidade, conhecimento e a atitude (Figura nº 2). A habilidade é relativa ao “saber-fazer”, o “saber como”, as técnicas, o conhecimento tácito e o modelo mental; o conhecimento relaciona-se com o “saber-saber”, envolvendo a educação formal, “saber o quê”, “saber o porquê”, “saber para quê” e a capacidade de aprender; enquanto a atitude diz respeito ao “saber ser”/“saber estar”, ou seja, a determinação, responsabilidade, comprometimento, motivação e iniciativa.

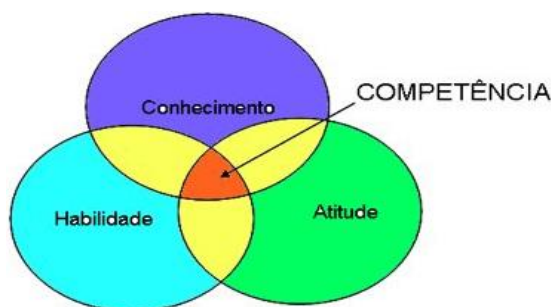


Figura nº 2 - Esquema representativo da competência

Fonte: Vilhena (2009)

Para Jacob (2004), o cuidador formal deverá ter dois pilares essenciais de competências para orientar a sua prática: o “saber-ser”/“saber-estar” (relacionado com o gostar de cuidar, trabalhar em equipa, confidencialidade e humanidade) e o “saber-fazer” (relativo a procedimentos sobre higiene pessoal e cuidados), sendo complementados pelo “saber-saber” (conhecimentos teóricos de um tema). Os profissionais que incluam os três domínios têm presente o respeito, bom senso e capacidade de entreaajuda, inculcando o entusiasmo e participação ativa numa equipa de trabalho, o que se traduzirá inevitavelmente em necessidade formativa. A formação, com uma componente teórica e prática, conduz ao crescimento pessoal e do grupo, “preparando para a aprendizagem cooperativa, com inter-relacionamento complexo de pessoas, culturas e papéis organizacionais” (Baptista, 2012: 37).

Entre as competências dos AAD que prestam cuidados aos utentes, inclui-se o apoio instrumental e psicológico, ou seja, por um lado, dar uma resposta às necessidades intrínsecas da dependência a nível físico com tarefas relacionadas com a alimentação, cuidados de higiene e conforto (incluindo posicionamentos) ou acompanhamento de utentes, e, por outro, cuidados que pretendem alcançar a satisfação da vida quotidiana e bem-estar psicológico dos utentes, motivando e participando na ocupação dos seus tempos livres e de lazer (Imagínario, 2004).

Pela história dos costumes no decurso do processo de civilização, os cuidados de higiene e conforto, enquanto atividades de vida do quotidiano que pertencem à esfera privada, são cuidados que cada um realiza por si, de modo isolado e sem que haja interferência de terceiros (Elias, 2006). Numa situação de dependência, resultado do processo de envelhecimento e/ou situação de doença, estes passam a ser prestados com o auxílio de outras pessoas, como os AAD (Salvado, 2010).

Os cuidados de higiene e conforto definem-se como um conjunto de práticas que visam sucintamente a limpeza e cuidado ao corpo, ajudando no bem-estar geral da pessoa, seu

restabelecimento, segurança, conforto e manutenção da autoestima. São realizados tendo em consideração a idade e estado da pessoa, no que diz respeito à capacidade de cuidar da sua higiene, bem como aos recursos humanos e materiais necessários, podendo este, ser prestado no leito ou em locais específicos (Pauchet-Traversat, *et al*, 2003). Enquanto cuidados fundamentais para a promoção da saúde e qualidade de vida, devem ter subjacente a individualidade, consideração, atenção e cordialidade pela pessoa humana no seu todo, para que seja entendida como única.

Procurando dar resposta às necessidades humanas básicas do ser humano, ou seja aquilo que na pessoa é “imprescindível para que possa sobreviver ou funcionar o mais adequadamente possível de tal modo a que atinja um nível de equilíbrio satisfatório” (Spindler, 2014: 30), o tema em estudo tem uma vertente mais abrangente. Neste sentido abordam-se os cuidados referentes à pele, ao banho, à higiene íntima, higiene oral, os posicionamentos e transferências, a atividade física, o sono e repouso e alimentação, enquanto variáveis que interferem com a saúde bem-estar de uma pessoa.

Enquanto trave mestra para o exercício de uma profissão, a formação de um modo geral está relacionada com as atividades dirigidas para a aquisição ou atualização de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento necessários para esse desempenho (Antunes, 2001).

Tendo o enfermeiro um papel fundamental na formação e supervisão do apoio prestado pelos AAD, Jacob (2002) defende que a formação profissional providenciada entende-se como um ato de transferência de conhecimentos teóricos, práticos e relacionais, de um especialista para um aprendiz, para que este inicie ou evolua numa determinada profissão ou função. Por condicionar o desempenho dos indivíduos, consolida a existência de uma relação direta entre a formação e o rendimento profissional, o que se traduz no nível de cuidados prestados.

Para os AAD, a formação é essencial para a aquisição de competências e saberes, pois enquanto atividade profissional, com uma forte natureza relacional, o desenvolvimento do “saber-ser/“saber-estar” e “saber-fazer”, são imprescindíveis para um bom desempenho profissional. Só mediante uma formação coesa e estruturada é possível aumentar a produtividade, melhorar a motivação e participação, facilitar a comunicação, contribuir para a resolução de problemas e alcançar níveis de qualidade de cuidados (Jacob, 2002). Ao invés do mencionado, quando os AAD não se encontram convenientemente “treinados, sentem-se oprimidos e inseguros sobre os cuidados que estão a prestar, havendo também um reconhecimento por parte dos residentes da sua falta de fiabilidade” (Carvalho, 2009: 14).

Em Portugal, a formação base dos AAD pode ser ministrada por organismos distintos, nomeadamente, IEFP, escolas profissionais, IPSS, empresas de formação profissional ou entidades privadas. Dependendo da instituição assim varia a formação, ao nível dos conteúdos abordados e do tempo de duração, podendo ir de 500 horas nos cursos ministrados pelo IEFP a 3 anos nos lecionados nas escolas profissionais, o qual confere o 12º ano (Jacob, 2004).

Ao analisar diversos cursos, Jacob (2004) considera-os desadequados ao exercício profissional, por não abordarem conteúdos mais práticos, tais como, a higiene, a alimentação ou

os cuidados de saúde (incluindo posicionamentos), referindo que a finalidade destes é formar técnicos de animação ou de acompanhamento e não profissionais para cuidarem diretamente dos idosos ou de pessoas dependentes Jacob (2002). A própria situação é identificada pelos dirigentes das instituições, reconhecendo que os AAD apresentam falta de formação para ir ao encontro das necessidades dos utentes, institucionalizados ou não (Lerner, *et al*, 2010). Smith, Kerse e Parsons (2005) mencionam que a globalidade dos AAD aprende a cuidar os utentes no terreno em contexto de trabalho e a desenvolver as suas habilidades e conhecimentos com base na experiência, observação e ensino dos próprios pares.

A formação ao depender de vários fatores, ao nível Institucional, deverá ter em conta a valorização do desenvolvimento profissional contínuo dos seus recursos humanos, motivando e incitando a sua educação e formação (Fitzpatrick e Roberts, 2004), para além do cumprimento do exigido por lei. Atualmente, regulamentado pelo artigo 130º da revisão do Código do Trabalho, Lei nº 7/2009 de 12 de Fevereiro, relativo à formação profissional, determina-se que o funcionário tem direito, anualmente, a pelo menos trinta e cinco horas de formação contínua certificada.

De forma a complementar o descrito, realçando o processo de formação de adultos, é importante abordar a andragogia enquanto ciência que estuda as melhores práticas para a orientação de adultos no seu processo de aprendizagem. Por outras palavras, relacionando a educação de adultos e as ciências da saúde, a andragogia é a “arte e a ciência de conduzir adultos ao aprendizado, é uma alternativa para o embasamento de estratégias de aprendizagem” (Knowles, 2011).

Recorrendo a Knowles (2011), a andragogia baseia-se em seis princípios fundamentais (Figura nº 3): necessidade (os adultos precisam de saber porque necessitam de aprender algo); autoconceito (sendo responsáveis pelas suas decisões e por sua vida, querem ser vistos e tratados pelos outros como capazes de se autodirigir); experiência (as experiências prévias são a base que se torna um recurso cada vez maior para a aprendizagem); prontidão (a disposição para aprender é maior quando os conteúdos têm utilidade no dia a dia); orientação (melhor aprendizagem quando os conceitos apresentados estão contextualizados para alguma aplicação e utilidade) e motivação (melhor resposta a fatores motivacionais como a satisfação, a qualidade de vida, a auto-estima).



Figura nº 3: Princípios fundamentais da andragogia, segundo Knowles (2011).



Acrescido às condições anteriormente mencionadas, existem variáveis internas ao formando que parte integrante da sua personalidade e vivência, enquanto seres sociais, e que igualmente moldam a sua aprendizagem. Nesta linha de raciocínio destacam-se os seguintes fatores de aprendizagem dos adultos: cognitivos (concentração, memória, atenção, associação, intuição, criatividade, abstração e compreensão) e psicossociais (pragmatismo, responsabilidade, resistência à mudança, relação com o poder/autoridade, conhecimentos prévios e referências, medo errar e preocupação com a imagem) (Inácio, 2007).

A formação de adultos sendo simultaneamente um ato de descoberta e de criação realizado pelo próprio (Cavaco, 2009), tem subjacente uma andragogia diferenciada, para atender às características individuais dos formandos, as suas possibilidades, interesses e estratégias de aprendizagem (Ferreira, 2004). Mais do que transmitir conhecimentos e habilidades, o método usado deve permitir ao indivíduo a capacidade de se autodesenvolver através da experiência, tendente a obter e a aprimorar as capacidades. Neste sentido, é imperativo saber articular o desenvolvimento pessoal e profissional, pois os processos de formação dependem da história de vida dos sujeitos, e o “formar-se” decorre em estreita ligação com esta, bem como os saberes e a experiência global que cada um consegue mobilizar na sua formação (Pereira, 2013; Ferreira, 2004).

A formação faz-se “na produção” e não no “consumo” do saber, o que implica que se levem à prática conceitos fundamentais da formação de adultos: formação-ação (subtende um envolvimento entre reflexão e intervenção), formação-investigação (inclui o desenvolvimento de um projeto de investigação) e formação-inovação (implica o empenho dos formandos num processo de inovação) (Kearsley, 2010). Pela natureza do tema importa referir que neste documento apenas se aborda a primeira dimensão: formação-ação.

Segundo Cavaco (2009), a formação de adultos deve ter um cariz marcadamente estratégico, procurando desenvolver nos formandos as competências necessárias para mobilizarem, em situações concretas, os recursos teóricos e técnicos adquiridos durante a formação.

De acordo com Ferreira (2004), corroborando Chalifour (1993), o adulto em formação, possui em si mesmo os recursos necessários ao seu crescimento, orientação e determinação das escolhas, evidenciando características como: a capacidade de iniciativa, de autonomia, de decisão pessoal e envolvimento ativo na sua aprendizagem; necessitar de assistência variável para prosseguir a sua aprendizagem (existem diferentes estilos, tempos e ritmos de aprendizagem); aprender mais facilmente experimentando e se com enquadramento na vida prática; sentir a necessidade de partilhar as experiências com os outros; e ser o agente principal da sua formação.

Através do entendimento da especificidade da formação de adultos, o professor ou formador, deverão ser apenas um orientador pedagógico e facilitador da aprendizagem para a descoberta do conhecimento, sendo essencial ter competências, como a autodisciplina ou coerência, e qualidades tais como, a vontade e a perseverança, a concentração, a disponibilidade, ou a sociabilidade e a tolerância (Ferreira, 2004; Pereira, 2013).

## **Respostas sociais de apoio**

Existe atualmente em Portugal uma série de respostas sociais que providenciam apoio às pessoas em situação de carência e desigualdade socioeconómica, dependência e vulnerabilidade social, procurando promover a autonomia, a integração social e a saúde. Dependendo do nível de autonomia e das necessidades, podem dividir-se em: SAD, centro de dia, centro de noite, centro de convívio, acolhimento familiar para pessoas idosas (“famílias de acolhimento”) e a estrutura residencial para pessoas idosas (“Lar de idosos”) (Instituto da Segurança Social, 2013).

Segundo Carvalho (2009), esta rede de estruturas sociais têm como preocupação a manutenção da pessoa dependente no seu quadro habitual de vida, como meio necessário e fundamental ao seu melhor equilíbrio e bem-estar, procurando proporcionar cuidados que satisfaçam as necessidades básicas dos utentes.

Podendo assumir três tipos de gestão, surgem assim as entidades públicas totalmente geridas pelo Estado através do orçamento de estado, as IPSS e as entidades privadas, variando a oferta de serviços de acordo com as instituições.

As IPSS, enquanto parceria entre público e privado, são instituições sem fins lucrativos geridas por uma direção local de responsabilidade privada ou eclesial, com o objetivo de dar “expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico” (Cases, 2014; Romão, 2002). Os serviços providenciados têm a sua visibilidade nos equipamentos sociais, enquanto respostas de natureza residencial, ambulatória ou mista (Jacob, 2002).

De acordo com o tema em estudo, importa definir o conceito de ERPI e SAD enquanto serviços disponibilizados pelas IPSS através de profissionais como os AAD.

A ERPI funciona como uma estrutura em que são realizadas atividades de apoio social a pessoas dependentes, através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de higiene e conforto e de saúde, estimulando-se igualmente o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes (Reis, 2012).

O SAD consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência, velhice ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária (MSSS, 2012). Ao consentir a possibilidade de continuidade e usufruto do conforto do lar pela pessoa alvo de cuidados, pressupõem a coresponsabilização de vários agentes formais e informais, uma vez que a sua filosofia de base apela à corroboração e não à substituição (Deco-Proteste, 2014; Pimentel, 2005).

## **2.2- A PERSPETIVA SISTÉMICA DO MODELO DE BETTY NEUMAN**

Com o progresso da ciência de enfermagem é imprescindível articular a prática em si com o modelo conceptual que a suporta, conferindo-lhe sentido e fundamentando as intervenções.

Segundo Silva (2002), o modelo teórico orienta não só os cuidados práticos mas igualmente os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, “os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como as atividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados” (Silva, 2002: 5).

Por se adequar o tema analisado, foi mobilizado o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman, também designado de teoria dos sistemas de cuidados de saúde. Este, ao apresentar-se como dinâmico, flexível e global, garante uma estrutura, organização e orientação, para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Tomey e Alligood, 2004). Por outras palavras, “ênfatisa uma abordagem da prática holística na qual qualquer parte do sistema ou subsistema pode organizar-se como um todo interrelacionado que idealmente funciona como um sistema total” (Neuman, 1995: 410).

Enquanto modelo holístico pela visão multidimensional da pessoa, permite agir vendo esta como um cliente/sistema (indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social) em permanente equilíbrio dinâmico com o meio ambiente, o que proporciona bem-estar e estabilidade (Neuman, 1995; Cross 1993). Esta interação constante, resultado de ser um sistema aberto, faz com que o processo seja influenciado por fatores de stress que causam desequilíbrio. As intervenções de enfermagem dirigem-se precisamente a esse desequilíbrio, mediante a potencialização dos recursos para a readaptação, e ao próprio equilíbrio em si, para manter a sua homeostasia por um período de tempo mais prolongado (Almeida, 2011). Entende-se como stress ou fatores de stress, os estímulos de ação que promovem o desequilíbrio positivo ou negativo, na medida em que é gerado caos ou maturação e dependendo da sua intensidade, podem induzir uma reação de alarme, ou até de rutura do seu ponto de equilíbrio (Freese, 2004; George, 1993).

Segundo o modelo, para identificar ou minimizar o impacto dos stressores, torna-se necessário delinear intervenções ao nível da prevenção: primária (as que ocorrem antes do contato com o stressor, visando a identificação de fatores de risco para prevenir possíveis reações), secundária (relativas ao diagnóstico e tratamento de sintomas, após a reação a fatores de stress, com o objetivo da reconstituição) e terciária (direcionadas para ajudar à readaptação, manutenção do equilíbrio e a reeducação para prevenção de novos eventos) (Martins, 2014; Amaral, 2009).

Subjacente ao modelo de Neuman, estão quatro conceitos meta paradigmáticos, a enfermagem, a pessoa, a saúde/doença e o ambiente.

A **enfermagem** ao atender a pessoa na sua globalidade, encarando o “cliente como um todo, em que se valorizam todas as suas variáveis e as respostas ao stress” (Rosa, 2013: 24), é vista com uma “profissão única” (Tomey e Alligood, 2004: 340). De acordo com a área em estudo, a enfermagem relaciona os fatores que afetam a formação dos AAD.

Ao procurar o equilíbrio do sistema, as intervenções de enfermagem passam por um diagnóstico, formulação de objetivos, análise de resultados e respetiva avaliação, atendendo aos diversos níveis de prevenção (Amaral, 2009).

A **pessoa** é encarada como um cliente/sistema, composto de variáveis fisiológicas (estrutura física, biológica e química do corpo), psicológicas (emoções e processos mentais), de

desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) que em conjunto constituem a essência do ser, neste caso os AAD da IPSS. Cabe ao enfermeiro estar atento à reação do cliente e motivar para lidar com os fatores de stress (Rosa, 2013; Braga e Silva, 2011; Melanie e Evely, 2009).

A **saúde** é o resultado de um *continuum* entre o bem-estar e a doença, e não uma dicotomia, estando em permanente transformação e sendo um conceito relativo por incluir o cliente com as suas diferenças pessoais e de vida. A saúde está relacionada com a energia disponível para a estabilidade ideal do sistema, sendo este equilíbrio traduzido como o melhor estado de saúde e mantido pela capacidade de adaptação do indivíduo. A doença e a morte são resultado de uma instabilidade e diminuição de energia entre as partes ou subpartes do sistema, causado pelos stressores (Rosa, 2013; Amaral, 2009; Melanie e Evely, 2009).

O **ambiente**, está relacionado com os fatores de origem interna ou externa, que envolvem o cliente ou sistema, ou seja os AAD da IPSS, que afetam ou são afetados por este de forma contínua, e cuja variação depende de necessidades e motivações pessoais (George, *et al*, 2000).

Relacionando a organização do modelo de Betty Neuman com o tema em estudo (Figura nº 4) existe um núcleo central, representado pelos AAD, protegido por linhas ou círculos concêntricos (recursos de energia da estrutura básica) designadamente: a flexível de defesa (a mais externa) referente ao programa de vigilância epidemiológica da USP e o próprio projeto de intervenção; a normal de defesa e a de resistência (a mais interna), que funcionam como uma barreira aos fatores de stress (que podem ser intra, inter ou extrapessoais) e que permitem que o sistema se mantenha estável e em harmonia (Rosa, 2013).

O estado normal de bem-estar, identificado como a linha normal de defesa, representa o equilíbrio ou adaptação aos stressores. A quebra desta linha leva ao aparecimento de sinais e sintomas de desequilíbrio, surgindo assim a doença (Martins, 2014, Cross, 1993). Contudo “se as linhas de resistência forem eficientes em sua resposta, o sistema pode reconstituir-se” (George, *et al*, 2000: 228).

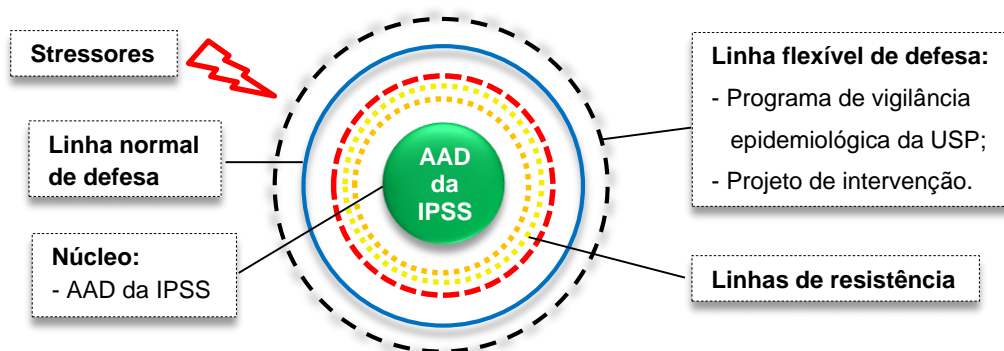


Figura nº 4 - Esquema representativo do modelo de Betty Neuman (1995) adaptado à temática.

Face ao tema abordado, ao ser considerando como cliente os AAD da IPSS, numa perspetiva sistémica, mobilizou-se o Guião para Apreciação da Comunidade como Cliente de Beddome (1995), enquanto adaptação do Modelo Sistémico de Betty Neuman, pois segundo este, o sistema cliente pode ser classificado como comunidade geopolítica ou grupo populacional. No

primeiro, a comunidade corresponde a um lugar, a uma área geográfica específica e delimitada, como os utentes do bairro, de uma aldeia, de uma freguesia ou de um concelho; no segundo, refere-se a grupos de indivíduos com características semelhantes ou experiências comuns dentro de um sistema geopolítico, como os alunos de uma escola, os trabalhadores de uma empresa ou os utentes de um centro comunitário.

No seguimento do descrito, nos dois sistemas cliente enquanto comunidade, mobilizam-se os conceitos de contexto intrasistémico, intersistémico e extrasistémico do modelo sistémico de Betty Neuman (Beddome, 1995).

O Contexto intrasistémico diz respeito às pessoas e reflecte as características fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais, as quais interagem com o contexto inter e extrasistémico. Estes sejam na comunidade geopolítica ou no grupo populacional enquanto cliente, são analisados de acordo com oito subsistemas: saúde e segurança, sócio cultural, educacional, comunicação e transportes, recreação, legislação e política, económica e religião (Meleis, 2012; Anderson e McFarlane, 1988).

No grupo populacional como cliente, o contexto intersistémico está confinado ao sistema de prestação imediata de cuidados de saúde, enquanto que na comunidade geopolítica, tal como no contexto extrasistémico do grupo populacional, referem-se a dados de cada um dos oito subsistemas. O contexto extrasistémico da comunidade geopolítica como cliente contém áreas de influência tais como crenças, leis e recursos de vizinhança e de comunidades maiores (Meleis, 2012). A análise dos dados à luz destes contextos é realizada a fim de contribuir para a determinação do impacto dos stressores intra, inter e extrasistémicos sobre o sistema cliente, possibilitando a avaliação da força das linhas de resistência do sistema cliente.

Seguindo a anterior linha de raciocínio, o grupo populacional do presente estudo, AAD que prestam cuidados em SAD e ERPI na IPSS, representa o contexto intrasistémico, por possuir características pessoais e ambientais comuns (Beddome, 1995). O contexto intersistémico é definido pela USP e pela própria IPSS, em relação aos cuidados de saúde prestados, enquanto que os cinco concelhos de abrangência da USP representam o contexto extrasistémico (Figura nº 5).



Figura nº 5 - Esquema representativo dos contextos do modelo Betty Neuman adequados à temática

Neste modelo teórico a enfermagem encarada como única, capaz de reconhecer as variáveis que podem influenciar o cliente, permite ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária o suporte teórico para fundamentar a sua atuação. Neste sentido, está capacitado para “identificar os stressores de âmbito geral ou específico (...), visto que os impactos não se limitam à estrutura afetada diretamente, ele repercute no indivíduo enquanto um ser formado de unidades que responde como um todo (Braga e Silva, 2011: 83). Complementando com George,

*et al* (2000), os cuidados de enfermagem destinam-se a conservar e garantir o equilíbrio do sistema, podendo ocorrer antes, ou depois das linhas protetoras de defesa e de resistência serem afetadas nas fases de resposta, para obtenção de um nível máximo de bem-estar, conseguido por intermédio de intervenções planeadas com o objetivo da redução dos stressores e fatores de risco que podem influenciar o perfeito funcionamento, em qualquer situação que os AAD se encontrem.

Tendo presente o modelo sistémico de Betty Neuman, o quadro nº 1 evidencia alguns recursos sociais, de saúde e segurança enquanto mais-valias de resposta existentes na comunidade da área de abrangência da USP.

Quadro nº 1 - Recursos disponíveis nos concelhos que integram o Pinhal Litoral (2013)

CONTEXTO INTERSISTÉMICO	SUBSISTEMA	RECURSOS DISPONÍVEIS	Nº
	SOCIAL	Estrutura Residencial para Idosos	79
		Serviço de Apoio domiciliário	67
		Centro de Dia e Centro de Convívio	74
	SAÚDE E SEGURANÇA	Médicos	138
		Enfermeiros	149
		Unidade de Saúde Familiar (USF) Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Unidade de Recursos Assistenciais Personalizados (URAP) Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Unidade de Saúde Pública (USP)	20
		Hospitais	4
		Farmácias e postos farmacêuticos	76
		Corporações de Bombeiros	6
	TOTAL		613

Fonte: ACES PL (2014)

### 3- EVIDENCIA CIENTÍFICA NO SUPORTE DA PRÁTICA

Resultado da evolução da sociedade a nível económico e social, surgem, cada vez mais, novos desafios aos enfermeiros para que os seus cuidados tenham uma qualidade máxima e haja uma racionalização apropriada dos recursos disponíveis, emergindo nesta conjuntura a importância da prática baseada na evidência.

A prática baseada na evidência é entendida como a utilização consciente, explícita e judiciosa da melhor evidência atual na tomada de decisão sobre o cuidado individual do utente (Sackett, *et al*, 2000; Atallah e Castro, 1998). Na enfermagem, esta prática funciona como um eixo estruturante da sistematização do saber produzido, cuja meta consiste em planear e implementar cuidados de enfermagem que integrem a melhor evidência científica, procedentes da investigação original e aplicáveis às diferentes dimensões da prática mediante reflexão crítica e construtiva (Bullock, *et al*, 2010; Toro, 2001).

A revisão sistemática, tal como outros estudos de revisão, é uma modalidade de pesquisa usada em investigação que utiliza a literatura como fonte de dados para obter uma síntese de evidências sobre um determinado tema, usando para tal, “uma estratégia de intervenção específica com métodos explícitos e sistematizados de busca, análise crítica e síntese da informação selecionada” (Sampaio e Mancini, 2007: 84). Estas revisões assumem a sua importância por permitirem obter e analisar dados de estudos, bem como identificar temas suscetíveis de evidência, orientando neste sentido para investigações futuras (Sampaio e Mancini, 2007).

De forma a proceder à análise do conhecimento científico mais atual sobre o tema, foi utilizado o método PI[C]O (Melnik e Fineout-Overholt, 2011) para a formulação da questão de investigação (Quadro nº 2) e a definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos primários, com efeitos na constituição da população alvo.

Partindo dos pressupostos teóricos formulou-se a seguinte questão:

**“Que intervenções de Enfermagem (I) promovem a melhoria dos conhecimentos dos AAD (P) sobre os cuidados de higiene e conforto (O) à pessoa dependente?”.**

Quadro nº 2 - Critérios para a formulação da pergunta PI[C]O

<b>P</b>	Participantes	Quem foi estudado?	Ajudantes de Ação Direta	Palavras Chave: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nurs*</li> <li>• Education</li> <li>• Nursing Assistants</li> </ul>
<b>I</b>	Intervenções	O que foi feito?	Estratégias de enfermagem promotoras de melhoria dos conhecimentos dos AAD sobre os cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente	
<b>[C]</b>	Comparações	Podem existir ou não?	-----	
<b>O</b>	Outcomes	Resultados, efeitos, ou consequências	Melhoria dos conhecimentos teóricos e práticos dos AAD sobre os cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente	

Após a realização da questão, definiram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão na revisão sistemática da literatura:

**Critérios de inclusão:**

- Estudos centrados na temática da formação dos AAD nos cuidados de higiene e conforto a pessoas com mais de 65 anos e dependentes;
- Estudos cujos participantes são AAD;
- Estudos efetuados entre 2004 e 2014;
- Estudos científicos de natureza quantitativa ou qualitativa;
- Estudos em que pelo menos um dos autores é enfermeiro.

**Critérios de exclusão:**

- Estudos sem carácter científico ou com metodologia pouco clara;
- Estudos em outras línguas que não o inglês, português ou francês.

De forma identificar e seleccionar os estudos a serem incluídos na revisão, procedeu-se ao isolamento dos respetivos conceitos referentes aos participantes, à intervenção e ao tipo de estudos pretendidos, para a construção de um conjunto de sinónimos e de termos relacionados que, por cruzamento, conduziria à obtenção da expressão de pesquisa estabilizada (Andrade, 2009). Neste sentido, foram validadas as palavras-chave enquanto descritores na Mesh Browser (Anexo IX), à exceção de Nursing Assistants, termo equivalente em Inglês para AAD, que embora não se constitua como descritor, foi incluída na pesquisa como “qualifyer”, enquanto profissão reconhecida nos Estados Unidos da América para o desempenho de funções similares às definidas para os AAD em Portugal <sup>1</sup>.

Usando a plataforma EBSCO, a pesquisa decorreu em Leiria a 26 de Abril de 2015 pelas 10h16m, com um friso cronológico de 10 anos, de Setembro de 2004 a Setembro de 2014, usando as bases de dados e limitadores evidenciados no Quadro nº 3. É importante salientar que, numa primeira pesquisa, com um friso cronológico de 5 anos, não foi possível obter artigos pelo que se optou por aumentar o período para os últimos 10 anos.

Quadro nº 3 - Bases de dados e limitadores de pesquisa

<b>BASES DE DADOS</b>	<b>LIMITADORES DE PESQUISA</b>
CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Cochrane Database of Systematic Reviews; MedicLatina	Texto completo; referências disponíveis; data de publicação (2004.09.01 a 2014.09.01); resumo disponível; qualquer autor é enfermeiro; prática baseada na evidência; humano.

---

<sup>1</sup> Procurando uma equivalência em língua inglesa para a profissão de AAD, foi possível constatar que não existe uma unanimidade na sua definição, podendo assim ter diferentes designações que variam de país para país, ou mesmo entre estados. Neste sentido e tendo por base o parecer do Governo Americano, considera-se o conceito “Nursing Assistants” como o mais adequado, uma vez que remete para profissionais que ajudam na execução das atividades de vida diária a utentes dependentes. Providenciam assistência em tarefas como o vestir ou a alimentação, entre outras, em hospitais ou em residências, sob uma supervisão e com ações concretas (United States Department of Labor, 2015).



Com o cruzamento dos diversos descritores (Anexo X), usando a hierarquia Nurs\* AND Education AND Nursing Assistants, foram obtidos 12 artigos, que após a leitura dos títulos e resumos e aplicando os critérios de inclusão/exclusão, ficaram 2 para análise (Anexo XI).

Os artigos foram classificados segundo a escala de 7 níveis de evidência (Melnik e Fineout-Overholt, 2005) - Anexo XII - e foram elaboradas fichas de leitura onde os mesmos são apresentados com base nos seguintes parâmetros: título, autor e filiação, publicação, palavras-chave, objetivo, participantes, resumo, metodologia, intervenção, resultados, conclusões e nível de evidência (Anexo XIII).

### **Análise dos artigos**

Com a leitura e análise dos artigos assoma-se uma apreciação da evidência científica produzida e publicada no âmbito da temática.

Segundo o estudo desenvolvido por Coffey (2004) *“Percepções da formação para os assistentes de enfermagem nos cuidados às pessoas idosas”*, a diversidade de designações para os AAD e a ausência de regulamentação ao nível das funções a desempenhar, permitiu que a própria formação não fosse encarada como uma prioridade em muitos países.

Coffey (2004), através da análise de conteúdo dos resultados obtidos dos questionários, relacionados com os pensamentos e percepções dos AAD e dos enfermeiros em matéria de formação, é evidenciado por qualquer uma das profissões que a formação é imprescindível para os AAD, tendo a sua qualidade repercussão significativa no desempenho profissional, ou seja, no nível de cuidados prestados às pessoas idosas. É igualmente retratado a sensibilização e motivação desta classe profissional para a melhoria do nível de conhecimento e da necessidade de definição das funções a desempenhar, situação somente atingível mediante formação reconhecida.

Neste contexto, a realidade é agravada pela inexistência de um plano de formação de base para todos os AAD que os capacitasse para desempenhar as funções que efetivamente executam, bem como uma ausência de formação contínua em contexto laboral que tenha em conta as suas expectativas ou parecer sobre os temas a abordar. Perante a situação, os enfermeiros são considerados como os profissionais mais capacitados, através dos seus conhecimentos teóricos e práticos, para a construção dos alicerces de um projeto formativo comum para esta classe profissional. Esta colaboração permitirá a avaliação e certificação de competências necessárias, pois a formação é entendida como uma mais-valia para o reconhecimento da atividade profissional, abrindo caminho à melhoria dos cuidados e à progressão na carreira, “permitindo capacitar e habilitar o exercício de tarefas que conduz a funções mais concretas para a profissão de AAD” (Coffey, 2004: 324).

É salientado pelo estudo em análise que os enfermeiros devem ter um papel ativo na formação e supervisão dos AAD, enquanto líderes dos cuidados aos utentes, capazes de identificar necessidades e planejar formação pertinente. Como forma de responder ao desafio, a formação dos AAD deve ser dinâmica e suportada por documentos científicos, adequando os

conteúdos ao grupo alvo e com uma vertente teórica e prática, seguida de tarefas adicionais (por exemplo projetos ou trabalhos), numa avaliação de caráter contínuo. O estabelecimento de parcerias permitirá o enriquecimento formativo (Coffey, 2004).

Procurando avaliar a influência de intervenções formativas, relacionadas com um programa de formação de competências, ao nível do conhecimento, atitude e comportamento, Chang e Lin (2005), constituíram no seu estudo dois grupos de AAD, com características semelhantes, um sujeito a formação e outro de controlo.

A formação estando relacionada com a alimentação de utentes com demência, foi organizada em diversos módulos, com aulas teóricas e práticas, cujos conteúdos abordados foram adequados ao grupo alvo, nomeadamente ao nível da linguagem e aplicabilidade no contexto de trabalho, sendo compilados e entregues a cada formando na primeira sessão. As sessões, sempre iniciadas com uma questão cujos formandos deveriam ser capazes de responder no final da aula, tinham uma vertente dinâmica permitindo a interação entre os formandos e o formador, partilhando-se experiências profissionais e dificuldades, cuja visualização de vídeos alusivos à temática fomentava o espírito crítico e a consolidação dos conhecimentos (Chang e Lin, 2005).

Com a observação direta e aplicação de um pré e pós-teste aos dois grupos em estudo, analisando-se os resultados ao nível do conhecimento, atitudes e comportamento, evidenciou-se que os AAD sujeitos a um plano formativo apresentaram uma melhoria de conhecimentos de 47,7%, de atitude 15,8% e de comportamento 6%, comparativamente ao grupo de controlo. De acordo com Chang e Lin “a aula prática, em contexto de cuidados revelou-se essencial para a consolidação dos conhecimentos teóricos, avaliação das dificuldades e treino de competências” (Chang e Lin, 2005: 1190).

De acordo com Chang e Lin (2005), o uso de conhecimentos científicos recentes, baseados em protocolos reconhecidos e um plano formativo adequado aos AAD, permitiu a melhoria não só do conhecimento mas também das atitudes e comportamentos, ou seja do desempenho profissional dos AAD que tiveram formação.

Em termos de evidência, as intervenções realizadas tanto por Coffey (2004) como Chang e Lin (2005) vão ao encontro do defendido por Bulgrae (2010), pois sejam em cursos de formação, workshops, ou reuniões a nível institucional, as estratégias para melhoria do conhecimento devem permitir a participação ativa, com possibilidade de partilha de experiências pessoais e com conteúdos enquadrados na vida prática. Mais do que transmitir conhecimentos importa refletir, perceber o porquê, adequando a metodologia e os recursos audiovisuais de forma a facilitar a comunicação com o grupo. Ajudar a lidar com os erros e motivar para, é imprescindível para o desenvolvimento do indivíduo, pois bons resultados de aprendizagem só serão possíveis se houver possibilidade de criar, comparar, discutir, rever, perguntar e ampliar ideias.

Face aos resultados obtidos, as intervenções de enfermagem devem ser estruturadas e organizadas de acordo com a melhor evidência científica, permitindo que o conhecimento aconteça de forma natural, apoiado e consolidado com execução prática, com possibilidade de esclarecimento de dúvidas, para que os profissionais sintam segurança nos saberes, capacidades e competências necessárias ao desempenho de funções com proficiência (Serra, 2011).

#### **4- O PERCURSO: INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE**

Sinónimo de caminho ou trajeto (Lexico, 2015) a palavra percurso subentende mobilidade e energia, havendo um ponto de partida e um de chegada. Iniciar algo é desprover o que nos mantém fixos, rumo a um destino que define o antes como o justificativo da ação.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, dadas as suas competências em planeamento em saúde, conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (OE, 2010).

Enquanto metodologia de eleição para a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, o planeamento em saúde é entendido como a racionalização do uso de recursos escassos, com vista ao cumprimento dos objetivos definidos, atentando à diminuição dos problemas de saúde ponderados como prioritários, o que acarreta a organização e coordenação de esforços procedentes das diversas áreas socioeconómicas (Imperatori e Giraldes, 1993). Considera-se assim como um instrumento que permite compreender a realidade, fornecendo os instrumentos para uma tomada de decisão fundamentada (Tavares, 1992).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), o desenho do planeamento em saúde, engloba três fases: a elaboração do plano (inclui o diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e pela preparação para a execução), a execução e a avaliação. Importa salientar que este processo deve ser visto como contínuo em todos os seus primas, pois a mudança é permanente, não se podendo “nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levam a refazê-la” (Imperatori e Giraldes, 1993:28).

O planeamento em saúde apresenta uma hierarquização de conceitos, do mais geral para o mais específico, que remete para: Plano, Programa e Projeto. O planeamento germina assim de uma ideia preliminar de projeto, ou seja, de uma atividade desenvolvida num período de tempo bem demarcado, para alcançar um resultado específico, quer para problemas de saúde das comunidades, quer a nível organizacional, e que contribui para a concretização de um programa (Imperatori e Giraldes, 1993). Neste sentido, o projeto desenvolvido no ensino clínico insere-se no âmbito do Programa de Vigilância Epidemiológica da USP, procurando responder ao plano de prevenção e resposta para as infeções respiratórias outono/inverno (PPRIROI) 2015 e aos objetivos do PNS 2012/2016.

Ao longo do documento irão ser mencionadas as atividades desenvolvidas tendo presente a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, segundo o Regulamento nº128/2011 da OE.

Relativamente ao tratamento dos dados teve por base uma abordagem quantitativa e qualitativa. Os resultados das perguntas fechadas associados à ficha de inscrição, à ficha de

avaliação de conhecimentos e ao formulário de aferição do curso, foram analisados através dos programas SPSS® versão 20.0 para Windows e Microsoft Excel 2010, com recurso à estatística descritiva. A nível qualitativo, os dados das perguntas abertas da entrevista aos informantes chave e formulário de aferição do curso, foram sujeito à análise de conteúdo segundo Bardin (2009).

### **O ponto de partida para a intervenção**

O *diagnóstico de situação* enquanto primeira etapa do planeamento em saúde visa a identificação dos problemas e determinação de prioridades/necessidades numa população. Funciona como uma fundamentação das ações e modelo de comparação para a avaliação, ou seja, “o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas actividades” (Imperator e Giraldes, 1993: 44).

A intervenção comunitária desenvolvida no ensino clínico teve presente o diagnóstico anteriormente realizado no campo de estágio da UCC Alcobaça/Nazaré, onde foram evidenciadas carências de formação em diversas áreas nos cuidados prestados pelos AAD das IPSS. Neste sentido importa relembrar, à luz do modelo teórico de Betty Neuman, risco de rutura da linha de defesa dos AAD evidenciado pelo facto de: 15,4% não possuírem formação na área à pessoa dependente; 33,4% considerarem ter um nível de formação abaixo de bom (insuficiente e suficiente); 80,5% não efetuarem ou incentivarem à higiene oral; 71,8% referirem dificuldade no uso de equipamentos adaptativos; e 59% apresentarem dificuldade no banho na cama.

Para além do descrito houve a conjugação do diagnóstico efetuado pela equipa da USP de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (2014) no sentido de analisar os cuidados de saúde em instituições de idosos, cumprindo assim o PPRIROI 2015 da DGS com o parecer da Fundação Portuguesa do Pulmão (2015). De acordo com o plano, os profissionais que cuidem de idosos devem ter especial atenção em aspetos relacionados com: higienização das mãos, higiene oral, alimentação, hidratação, atividade física, repouso, posicionamentos e ambiente com temperatura adequada, enquanto fatores chave para a prevenção das infeções respiratórias associadas à depressão do sistema imunitário das pessoas idosas. Dos resultados obtidos, todas as áreas, sem exceção, apresentaram necessidade de serem melhoradas pelos AAD.

Após a reunião com a equipa multidisciplinar da USP considerou-se pertinente proceder à validação do diagnóstico realizado na unidade, não só para reforçar os resultados já obtidos mas essencialmente para dar consistência à intervenção realizada.

Neste contexto, por uma questão de proximidade física e acessibilidade, foi escolhida a IPSS sedeadada no lugar e freguesia de Marrazes. Enquanto instituição sem fins lucrativos, a IPSS selecionada providencia respostas à comunidade ao nível do apoio sociocultural, recreativo e de saúde, as quais representam alguns subsistemas do contexto intersistémico. Entre as respostas sociais da IPSS para os 27700 habitantes da freguesia de Marrazes (Câmara Municipal de Leiria, 2015), destacando-se: ERPI, centro de dia, SAD, cantina social, centro de atividades de tempos livres e atividades de animação de apoio às famílias.

O SAD dando entre 2 a 3 respostas diárias aos 42 utentes através de 3 equipas duplas de AAD, pretende garantir aos idosos e/ou famílias a satisfação de necessidades básicas como, a higiene, a alimentação, a limpeza, e ainda a prestação de cuidados de ordem física e de apoio psicossocial. Já a ERPI, ao atender a 40 utentes de ambos os sexos, constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia. De acordo com o modelo teórico mobilizado, no âmbito das respostas sociais descritas, evidenciam-se os subsistemas, saúde e segurança, sócio cultural, comunicação e transportes, recreação e económica.

Dos 34 profissionais da instituição na área da saúde e das ciências sociais, destacam-se 2 enfermeiros, 3 médicos, 25 AAD (6 em SAD e 19 na ERPI, com idades compreendidas entre os 28 e os 55 anos e todos do sexo feminino), 2 assistentes sociais e 1 animador sociocultural, estando somente a classe médica a tempo parcial.

Os utentes acompanhados pelos AAD em SAD e na ERPI, são maioritariamente do sexo feminino, viúvos e parcialmente dependentes, apresentando sequelas de AVC, debilidade física Alzheimer e demência.

Com a autorização do Presidente da Direção da IPSS (Anexo XIV), realizou-se a entrevista à Diretora Técnica da instituição, enquanto informante chave (Anexo XV). Analisando a entrevista, é destacado que os “AAD enquanto grupo profissional com habilitações relativamente baixas, apresentam constantes dificuldades nas tarefas diárias ao nível dos posicionamentos, cuidados com a higiene das mãos, banho, ou mesmo alimentação, pelo que será de todo importante uma formação na área dos cuidados de higiene e conforto” (Diretora Técnica da IPSS, 2015).

É face ao mencionado que existe o mote justificativo para a intervenção desenvolvida, a qual se insere no programa epidemiológico da USP, ao nível da prevenção das doenças respiratórias com uma formação em saúde de carácter abrangente, definindo-se seguidamente a população alvo e amostra a incluir no projeto.

Uma população pode ser entendida como um conjunto de indivíduos ou outros elementos, tendo em comum uma ou mais características semelhantes segundo critérios definidos (Fortin, 2009). No estudo de uma população é necessário definir de forma precisa quem irá ser estudado, e consequentemente os indivíduos que a constituem, ou seja, a população alvo. “A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 2009: 202).

A amostra é um subgrupo da população alvo da qual se recolhem dados, ou por outras palavras, “é um subconjunto de elementos ou sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. É uma réplica em miniatura da população alvo” (2009: 41). A amostra é definida por diversos critérios e por ser representativa da população em estudo, pelas características iguais, permite a generalização para esta.

Face ao exposto, a população alvo diz respeito aos AAD da IPSS que prestam cuidados no SAD e em ERPI, entre Fevereiro e Maio de 2015, e a amostra os formandos inscritos no curso.

### **O desenvolvimento do projeto “Rumo ao Bem-Estar”**

Com a hierarquização dos problemas detetados na etapa de *definição de prioridades*, considerou-se que a intervenção deveria incidir na área dos cuidados de higiene e conforto mas numa perspetiva abrangente, ou seja, não só incluir a higiene propriamente dita, mas igualmente a importância da formação profissional, o processo de envelhecimento humano, os posicionamentos, as transferências, a atividade física, a alimentação, o sono e repouso e os aspetos psicológicos, sociais e culturais do utente dependente, enquanto áreas identificadas com carências formativas na fase de diagnóstico.

Para a elaboração de um projeto de intervenção, é imprescindível definir os indivíduos que irão participar. Assim, face às necessidades identificadas, foi definida como amostra os 13 AAD da IPSS que prestam cuidados no SAD e na ERPI, inscritos no curso, e que cumprem os critérios de inclusão do projeto (Anexo XVI).

Seguindo os critérios estruturais, tais como: pertinência, precisão, exequibilidade e mensurabilidade (Tavares, 1992), foram *delineados* os seguintes *objetivos* para a intervenção:

- Geral: melhorar o nível de conhecimentos teóricos e práticos dos AAD da IPSS, em contexto de SAD e ERPI, sobre os cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente;
- Específicos: sensibilizar a comunidade e os AAD para a importância dos cuidados de higiene e conforto; divulgar e operacionalizar o curso “Rumo ao Bem-Estar”; contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos AAD através de formação organizada de acordo com as necessidades identificadas, conducente à alteração de comportamentos; avaliar a eficácia das intervenções desenvolvidas através de indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem.

Associado à definição de objetivos está a seleção de indicadores, de modo a avaliar e controlar os projetos e programas executados (Tavares, 1992). Os dois tipos de indicadores mais utilizados são: os de impacto ou resultado e os de execução ou atividade (Imperatori e Giraldes, 1982). Os primeiros calculam as alterações verificadas num determinado problema de saúde, como tal não foram definidos pela sua relação a longo prazo, enquanto os segundos pretendem medir as atividades desenvolvidas num período de tempo reduzido (Imperatori e Giraldes 1982).

Quando se pretende melhorar cada um dos indicadores e se define quantitativamente essa melhoria, estamos a falar de metas ou objetivos operacionais. Estas definem-se como “um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzidos em termos de indicadores de atividade (Imperatori e Giraldes, 1993: 80).

Face ao exposto, seguidamente retratam-se os respetivos indicadores de atividade e de resultado de atividade, incluindo-se neste últimos as metas pretendidas:

- Atividade: folheto produzido para sensibilização da temática e divulgação do curso; trabalhos de grupo realizados pelos formandos; e póster informativo do curso.
- Resultado de atividade: % de formandos inscritos no curso: 100%; % de sessões do curso realizadas: 100%; % de assiduidade e participação dos formandos inscritos no

curso: 65%; % de melhoria no nível de conhecimento dos formandos na classificação final: 10%; % de formandos que consideram que através do curso o seu desempenho profissional irá melhorar: 65%; % de formandos que classificam o desempenho do formador como Bom: 65%; % de formandos que classificam globalmente o curso como Bom: 65%.

A tendência do indicador pressupõe a existência de dados anteriores, projetando-se a relação passado/presente, para o presente/futuro (Imperatori e Giraldes, 1993). No caso concreto do projeto, não havendo resultados de intervenções prévias na população alvo, considerou-se os 100% como a meta que se pretende atingir na totalidade e os 65% enquanto valor que corresponde ao nível Bom de classificação.

Mediante a *elaboração do projeto* “Rumo ao Bem-Estar”, procedeu-se à *preparação e execução* do mesmo, desenvolvendo-se atividades de acordo com os objetivos e estratégias definidas alicerçadas na RSL.

De forma a aferir e validar as estratégias adequadas à intervenção, foram realizadas reuniões com a professora orientadora e a enfermeira cooperante do ensino clínico, com frequência quinzenal. Com a apresentação do projeto ao Coordenador da USP e à Diretora Técnica da IPSS, o mesmo foi considerado pertinente e consistente para ir ao encontro do diagnóstico, não tendo havido a necessidade de reformulação ou ajustes. Ficou então definido que o curso decorreria entre 25 de Março e 13 de Maio de 2015, dividido em 6 sessões de 2 horas cada, no horário das 15h às 17h, na sala de formação do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio.

A mobilização da literatura de suporte sobre a temática em análise, que de resto ocorreu de forma contínua ao longo do ensino clínico, permitiu a elaboração de um folheto de sensibilização sobre a importância dos cuidados de higiene e conforto e a divulgação do respetivo curso de formação para os AAD (Anexo XVII), sendo importante a visita à IPSS no sentido de motivar e envolver estes profissionais a participar no projeto.

Anexada ao folheto, a ficha de inscrição no curso, organizada em duas partes, a primeira referente à identificação pessoal do formando e a segunda aos dados sociodemográficos (Anexo XVIII), teve por base o formulário adaptado do questionário original de Sofia Militar (2012) usado no anterior ensino clínico e devidamente autorizado (Anexo XIX). Estando sempre presente os princípios éticos e morais no sentido de respeitar os direitos fundamentais das pessoas envolvidas no projeto, foi elaborado o respetivo consentimento informado (Anexo XX).

Para a preparação adequada dos diversos módulos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica através de artigos de índole científica, livros e outros documentos oficiais, de modo a que os conteúdos a abordar, já anteriormente descritos na fase da seleção de estratégias, e a metodologia usada, fossem a melhor evidência para atender à especificidade da população alvo. Para tal houve a necessidade de elaboração de diapositivos em PowerPoint com linguagem acessível, ilustrados com imagens e vídeos apropriados ao tema exposto, os quais permitiram a construção do documento de suporte à formação entregue a cada formando (Anexo XXI).

Sendo uma competência do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária o estabelecimento de parcerias, envolvendo profissionais de saúde de várias disciplinas (DR nº35/2011; Stanhope e Lancaster, 2011), as mesmas foram criadas com uma enfermeira especialista em reabilitação, para apoio ao módulo 3 e 5, e uma assistente social, para o módulo 4, pretendendo-se assumir como um contributo no aumento e consolidação do conhecimento dos formandos.

Procurando o projeto melhorar o nível de conhecimento dos AAD, houve a necessidade da construção de uma ficha de avaliação de conhecimentos ser aplicada no início (fase diagnóstica) e no final da formação (fase de avaliação dos resultados) (Anexo XXII), para comparar posteriormente os resultados obtidos. O documento sendo constituído por 20 questões sobre os conteúdos abordados, com a opção de verdadeiro ou falso, foi validado após aplicação de pré-teste numa outra IPSS de iguais características.

Com a elaboração do formulário de aferição do curso, constituída por 12 questões, 9 fechadas e 3 abertas (Anexo XXIII), pretendeu-se no final do curso compreender os aspetos relacionados com as expectativas e dificuldades dos formandos, influência do curso no desempenho profissional, organização e pertinência do mesmo, desempenho do formador, entre outros. A validação deste documento ocorreu após a apreciação e respetivo preenchimento por diversos profissionais da equipa da USP.

A criação de um certificado de presença para o formando, foi considerado pertinente para testemunhar o envolvimento no projeto (Anexo XXIV).

Sendo uma formação destinada a adultos e tendo presente os objetivos aclarados para o projeto, destaca-se o uso de uma metodologia expositiva, construtivista e reflexiva, aliada a uma linguagem simples e clara com permanente interação entre o formador e os formandos enquanto estratégias utilizadas para ir ao encontro das necessidades apresentadas.

Seguidamente descreve-se sucintamente as atividades desenvolvidas ao longo dos 6 módulos do curso.

O **módulo 1** iniciou-se com a abertura do curso e respetiva apresentação dos intervenientes no projeto, designadamente, o mestrando, a enfermeira cooperante, o coordenador da USP, a Diretora técnica da IPSS e os AAD. Seguidamente realizou-se uma abordagem dos aspetos direcionados com a implementação do curso (objetivos, cronograma, atividades, estratégias, avaliação e formadores envolvidos) e preenchimento da ficha de avaliação de conhecimentos inicial. A entrega do documento de apoio à formação a cada formando, precedeu a apresentação dos objetivos gerais e específicos da sessão, desenvolvendo-se de seguida os conteúdos programáticos previstos. De forma a incentivar a participação dos formandos foram feitos diversos paralelismos com o seu contexto profissional, sendo diversas vezes questionados se conheciam exemplos do que estava a ser descrito. Pela estratégia adotada neste módulo, evidenciou-se um interesse e motivação do grupo, destacando-se o uso de algumas expressões pelos formandos como “não fazia ideia que era assim” ou “nunca tinha pensado nisso”. Os aspetos gerais do envelhecimento, as necessidades humanas básicas e as condições que proporcionam conforto ao utente, foram as áreas nas quais surgiram mais questões.



O **módulo 2** contou com a presença da professora orientadora, e foi iniciado com uma reflexão em conjunto sobre a diferença entre cuidar e tratar, após cada formando escrever e partilhar em voz alta com o restante grupo a sua perspetiva dos conceitos. A síntese integradora dos conhecimentos adquiridos na sessão anterior precedeu a exposição dos objetivos da sessão. Com a abordagem dos conteúdos, foi importante a visualização de imagens e vídeos alusivos ao tema destacando-se por ex: os cuidados com a pele, a lavagem das mãos ou higiene oral, na qual a partilha de experiências profissionais foi um ponto marcante da formação.

O **módulo 3** teve a colaboração de uma enfermeira especialista em reabilitação. Após a sua apresentação, realizou-se uma retrospectiva síntese da aprendizagem do módulo anterior e esclarecimento de dúvidas. A apresentação dos objetivos antecedeu o desenvolvimento dos conteúdos programáticos, fortalecidos por vídeos relacionados com a prática sobre os posicionamentos e transferências, da cama para a cadeira de rodas, ou desta para o chuveiro, como exemplos, revelando-se estes enriquecedores para a demonstração dos procedimentos corretos. As diversas questões que iam surgindo com o desenrolar do tema retratam o interesse e participação dos formandos.

O **módulo 4** iniciou-se como a apresentação da assistente social, antes do resumo dos conteúdos abordados no módulo anterior e respetivo esclarecimento de dúvidas. Após a exposição dos objetivos, a sessão teve como ponto de partida a questão “Porquê?”, no sentido de sensibilizar para o vídeo relacionado com a indiferença no lidar com o doente demente. O momento que daí surgiu permitiu uma reflexão em grupo sobre a importância dos principais cuidados a ter nesta situação. O workshop final, desenvolvido pela assistente social, sobre os aspetos sociais relacionados com a doença de Alzheimer (Anexo XXV), permitiu enriquecer os diversos conteúdos abordados, pela forma dinâmica e pertinente como foi feita, sendo a sessão globalmente testemunhada pelos formandos como “muito importante para a prática”.

O **módulo 5** decorreu em contexto de prática de cuidados na IPSS e contou com a presença da enfermeira especialista em reabilitação. Sendo o objetivo da sessão, por um lado, exemplificar os procedimentos corretos e, por outro, pretender que o grupo os execute, os temas relacionados com o banho, os posicionamentos, as transferências, a alimentação por sonda nasogástrica, entre outros, permitiram o esclarecimento de dúvidas à medida da sua realização. O reconhecimento individual dos erros que estavam a ser anteriormente cometidos ocorreu de forma natural e sem julgamentos depreciativos entre os elementos do grupo, notando-se uma coesão, participação e curiosidade em “saber como fazer”. Com a parceria criada foi possível o esclarecimento “in loco” de aspetos específicos como a pressão correta do colchão anti escaras ou mesmo no manuseamento da grua elevatória.

O **módulo 6** contou com a presença de todos os intervenientes no projeto e iniciou-se com o preenchimento da ficha de avaliação de conhecimentos final. Posteriormente foram apresentados três trabalhos de grupo sobre o envelhecimento: dois organizados na forma de poema da autoria dos formandos e um de reflexão comparativa entre Tratar e Cuidar aliada à visualização do vídeo “Como cuidar de um idoso dependente” (Anexo XXVI). O momento de discussão que se seguiu permitiu uma reflexão envolvendo todos os presentes, partilhando-se

experiências pessoais e profissionais, sendo um momento de enriquecimento a destacar. O preenchimento do formulário de aferição do curso pelos formandos antecedeu a sessão de encerramento, na qual foi feito um balanço muito positivo pelos intervenientes, destacando-se “agora sentimo-nos mais capazes e confiantes para prestar os cuidados que os nossos idosos merecem” (AAD, 2015).

As atividades desenvolvidas procuram assim resposta aos seguintes objetivos específicos do projeto: sensibilizar a comunidade e os AAD para a importância dos cuidados de higiene e conforto; divulgar e operacionalizar o curso “Rumo ao Bem-Estar”; e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos AAD através de formação organizada de acordo com as necessidades identificadas, conducente à alteração de comportamentos.

#### 4.1- RESULTADOS E AVALIAÇÃO DO PROJETO

De acordo com a intervenção realizada é importante a exposição de alguns resultados que derivam de instrumentos de colheita de dados aplicados, nomeadamente, da ficha de inscrição, ficha de avaliação de conhecimentos e formulário de aferição do curso.

Os 13 formandos inscritos na formação representam 51% dos AAD da IPSS, são todos do sexo feminino e a maioria, 77%, têm idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos. Sendo apenas 2 de nacionalidade estrangeira, 53,8% tem como habilitações literárias o ensino secundário, destacando-se de seguida o ensino superior com 15,4%.

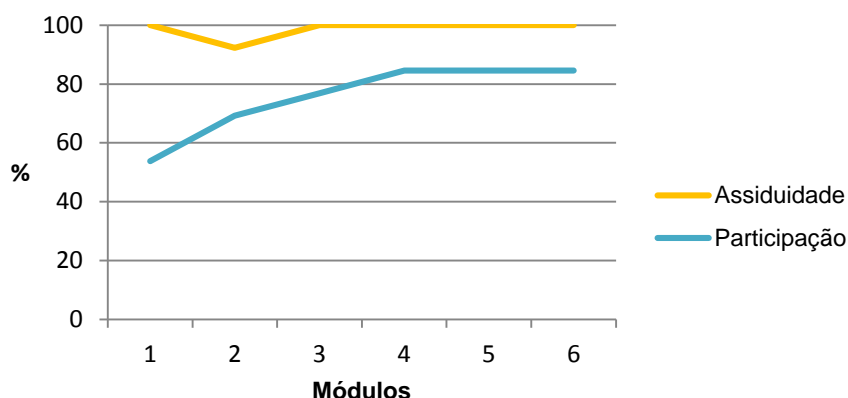
Relativamente à última formação realizada na área em estudo, 46,1% dos AAD referiram que a mesma ocorreu à menos de 1 ano, exercendo a maioria, 76,9%, a profissão entre 1 a 5 anos.

Sendo importante a análise da assiduidade e participação dos formandos no curso, o quadro nº 4 e gráfico nº 1 destacam que assiduidade foi na maioria de 100%, pois apenas faltou um formando num dos módulos, tendo todos obtido no final da formação o certificado de presença. Relativamente à participação/comunicação verbal, houve um aumento gradual ao longo do curso, permanecendo nos 84,6% nos três últimos módulos com a participação de 11 formandos. Estes resultados podem ser explicados pela proximidade do local de formação ao contexto de trabalho.

Quadro nº 4 - Distribuição dos formandos segundo a assiduidade e participação/comunicação verbal no curso

MÓDULO	ASSIDUIDADE		PARTICIPAÇÃO/COMUNICAÇÃO VERBAL	
	N.º	%	N.º	%
1	13	100	7	53,8
2	12	92,3	9	69,2
3	13	100	10	76,9
4	13	100	11	84,6
5	13	100	11	84,6
6	13	100	11	84,6

Gráfico nº 1 - Distribuição dos formandos segundo a assiduidade e participação em cada módulo



Tal como evidenciado no quadro nº 5, 77% dos formandos obtiveram uma classificação de insuficiente na avaliação de conhecimentos inicial, o que fundamenta a pertinência da atividade de formação. Após a aplicação da mesma ficha de avaliação, no final da formação, 54% dos formandos obtiveram a classificação de Bom e 23% de Muito Bom.

Quadro nº 5 - Distribuição dos formandos segundo a classificação obtida na ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final.

CLASSIFICAÇÃO	FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS			
	Inicial		Final	
	N.º	%	N.º	%
Insuficiente (0 a 49%)	10	77	0	0
Suficiente (50 a 64%)	3	23	3	23
Bom (65 a 79%)	0	0	7	54
Muito Bom (80 a 89%)	0	0	3	23
Total	13	100	13	100

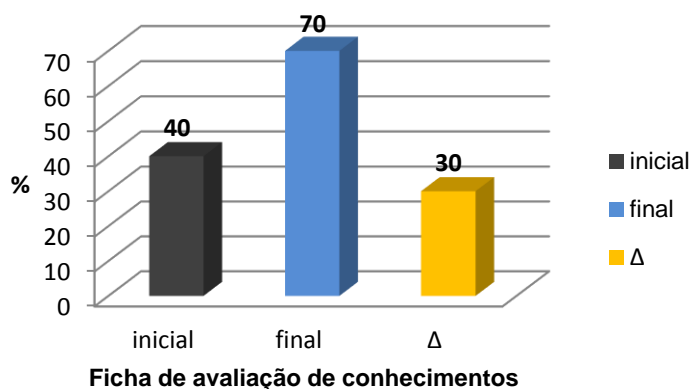
Destacado no quadro nº6 e gráfico nº 2, foi registada uma classificação média de 40% pelos formandos na ficha de avaliação de conhecimentos inicial, valor que transitou para os 70% com a aplicação da mesma no final da formação, o que traduz uma variação de 30%.

Quadro nº 6 - Distribuição dos formandos segundo a classificação média obtida na ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final

FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS	CLASSIFICAÇÃO (%)
Inicial	40
Final	70
$\Delta^2$	30

<sup>2</sup> Símbolo de variação estatística que traduz a diferença entre duas variáveis: ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final.

Gráfico nº 2 - Distribuição dos formandos segundo a classificação média obtida na ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final.



Na análise do quadro nº 7, relativa à classificação dos formandos nos dois momentos de avaliação, é de realçar que as maiores variações ocorridas, 50% e 60 %, foram registadas nos formandos nº4 e nº5 respetivamente, os quais obtiveram a classificação mais baixa na primeira avaliação, ficando estes com uma classificação final superior àqueles que obtiveram positiva no momento de avaliação inicial. No mesmo quadro é possível constatar que dos 13 formandos, 2 tiveram 85% e 4 alcançaram os 75% na ficha de avaliação de conhecimentos final.

Quadro nº 7 - Distribuição dos formandos segundo a classificação obtida pelos formandos na ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final.

FORMANDO	FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS		
	Inicial (%)	Final (%)	Δ (%)
1	45	70	25
2	55	65	10
3	35	75	40
4	25	75	50
5	25	85	60
6	60	75	15
7	40	65	25
8	45	80	35
9	30	55	25
10	35	55	20
11	40	85	45
12	40	55	15
13	50	75	25

Sendo importante compreender as variações ocorridas ao nível dos conteúdos abordados, com a ficha de avaliação inicial e final, o quadro nº 8 demonstra que em todas as áreas houve

uma melhoria do nível de conhecimento, exceção feita para os aspetos da dependência e da higiene íntima que sempre tiveram 100% nas duas avaliações.

Entre os conteúdos que registaram uma maior diferença nos dois momentos avaliativos, destacam-se a melhoria ao nível da higienização das mãos com 77,3%, seguida da hidratação com 69,6%. Dos 18 temas abordados, na ficha de avaliação de conhecimentos final, 5 obtiveram 100% e 3 com classificação entre 80% e 89%.

Quadro nº 8 - Distribuição dos formandos segundo a classificação obtida por conteúdos da ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final.

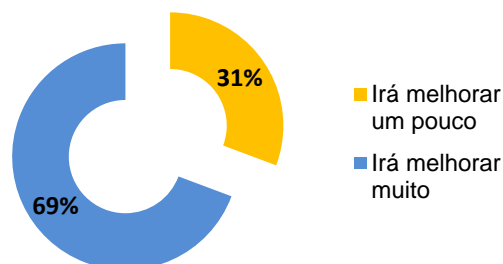
CONTEÚDOS	FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS		
	Inicial (%)	Final (%)	Δ (%)
Aspetos gerais do envelhecimento	0	7,7	7,7
Dependência	100	100	0
Necessidades Humanas Básicas	23,1	46	22,9
Conforto do utente	38,4	69	30,6
Autocuidado	30,8	38	7,2
Banho	64,1	74,33	10,23
Cuidados com a pele	46,2	69	22,8
Higienização das mãos	7,7	85	77,3
Higiene íntima	100	100	0
Cuidados com as unhas	7,7	38	30,3
Higiene oral	7,7	38	30,3
Úlceras de pressão	61,5	100	38,5
Posicionamentos	53,8	92	38,2
Transferências	76,9	85	8,1
Atividade física e lazer	7,7	62	54,3
Aspetos gerais da alimentação	30,8	100	69,2
Hidratação	15,4	85	69,6
Alimentação por sonda nasogástrica	7,7	69	61,3

De acordo com o quadro nº 9 e gráfico nº 3, os 13 formandos que responderam ao formulário de aferição do curso foram unânimes em afirmar que através da formação o seu desempenho irá melhorar, sendo que a maioria, 69,3%, considera que melhorará muito.

Quadro nº 9 - Distribuição dos formandos segundo a frequência do curso e o desempenho profissional.

DESEMPENHO PROFISSIONAL	N.º	%
Irá melhorar um pouco	4	30,7
Irá melhorar muito	9	69,3
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Gráfico nº 3 - Distribuição dos formandos segundo a frequência do curso e o desempenho profissional.

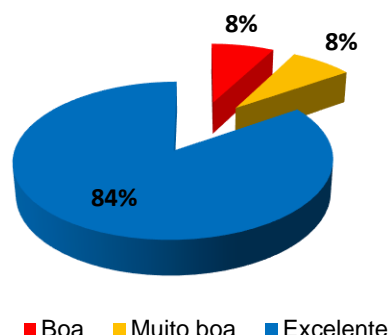


Tal como evidenciado no quadro nº 10 e gráfico nº 4, a maioria dos formandos, 84,6%, classificam globalmente o curso como Excelente.

Quadro nº 10 - Distribuição dos formandos segundo a classificação geral do curso.

CLASSIFICAÇÃO GERAL DO CURSO	N.º	%
Boa	1	7,7
Muito boa	1	7,7
Excelente	11	84,6
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Gráfico nº 4 - Distribuição dos formandos segundo a classificação geral do curso.



Sendo através dos indicadores que “conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados” (Imperatori e Giraldes, 1993: 178), para a avaliação do projeto teve-se assim em conta os de atividade e de resultado de atividade com respetivas metas, os quais foram previamente definidos e permitem a avaliação a curto prazo.

De acordo com os objetivos específicos do projeto associados a **indicadores de atividade**, considera-se que os mesmos foram atingidos com:

- A elaboração do folheto “Como melhorar os cuidados de higiene e conforto”, que procura sensibilizar para a importância do tema e divulgação do curso (Anexo XVII).
- A realização de trabalhos de grupo pelos formandos sobre o envelhecimento, apresentados na forma de poema e de reflexão alusiva à diferença entre Tratar e Cuidar (Anexo XXVI).
- A elaboração de um póster informativo que retrata o percurso realizado, tendo a participação dos orientadores de estágio e da restante equipa da USP e da IPSS, representando o documento a suma do esforço e dedicação de todos durante o ensino clínico, motivo pelo qual ficou exposto nas duas instituições (Anexo XXVII).

Relativamente aos **indicadores de resultado de atividade**, incluindo os sensíveis às intervenções de enfermagem, foram atingidas todas as metas inicialmente propostas, como seguidamente se ilustra no Quadro nº 11.

Quadro nº 11 - Indicadores de resultado de atividade e respetivas metas.

META	INDICADOR	RESULTADO
Obter <b>100%</b> de formandos inscritos no curso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de formandos inscritos no curso.</li> </ul> $(N^{\circ} \text{ de formandos inscritos no curso} / N^{\circ} \text{ total de vagas definidas para o curso}) \times 100$	$(13/13) \times 100 = 100\%$
Que se realizem <b>100%</b> de sessões do curso previstas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de sessões do curso realizadas.</li> </ul> $(N^{\circ} \text{ de sessões do curso realizadas} / N^{\circ} \text{ de sessões do curso previstas}) \times 100$	$(6/6) \times 100 = 100\%$
Obter <b>65%</b> de assiduidade e participação dos formandos inscritos no curso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de assiduidade e participação dos formandos inscritos no curso.</li> </ul> $(N^{\circ} \text{ de formandos assíduos} + N^{\circ} \text{ de formandos participantes, nas sessões}) / [(N^{\circ} \text{ de formandos inscritos no curso} \times N^{\circ} \text{ de sessões realizadas}) \times 2]$	$(136/156) \times 100 = 87,2\%$
Obter uma melhoria de <b>10%</b> no nível de conhecimento dos formandos na classificação final.	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de melhoria no nível de conhecimento dos formandos na classificação final.</li> </ul> <p>Média da classificação final dos formandos - Média da classificação inicial dos formandos</p>	$(70-40) = 30\%$
Que <b>65%</b> dos formandos considerem que com o curso o seu desempenho profissional irá melhorar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de formandos que consideram que com o curso o seu desempenho profissional irá melhorar.</li> </ul> $N^{\circ} \text{ de formandos que responderam que com o curso o seu desempenho irá melhorar} / N^{\circ} \text{ de formandos inscritos no curso de formação}$	$(13/13) \times 100 = 100\%$
Que <b>65%</b> dos formandos classifiquem o desempenho do formador como Bom.	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de formandos classificam o desempenho do formador como Bom.</li> </ul> $N^{\circ} \text{ de formandos que classificaram o desempenho do formador como Bom} / N^{\circ} \text{ de formandos inscritos no curso de formação}$	$(13/13) \times 100 = 100\%$
Que <b>65%</b> dos formandos classifiquem globalmente o curso como Bom.	<ul style="list-style-type: none"> <li>% de formandos que classificam globalmente o curso como Bom.</li> </ul> $N^{\circ} \text{ de formandos que classificaram globalmente o curso como Bom} / N^{\circ} \text{ de formandos inscritos no curso de formação}$	$(13/13) \times 100 = 100\%$

As atividades e resultados descritos dão assim resposta ao objetivo geral e específico da intervenção, designadamente, melhorar o nível de conhecimentos teóricos e práticos dos AAD da IPSS, em contexto de SAD e ERPI, sobre os cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente; e avaliar a eficácia das intervenções desenvolvidas através de indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem.

Tendo presente os objetivos e resultados alcançados faz-se um balanço positivo da intervenção, para população em estudo (pelos contributos que lhe transmitiu), para o mestrando (havendo um enriquecimento de conhecimentos que conduziram à aquisição de competências) e para a USP (pelo contributo ao nível da comunidade). Houve assim uma contribuição para a melhoria dos cuidados prestados pelos AAD com tradução na qualidade de vida dos utentes, prevenção da doença e promoção da saúde.

## 5- UM OLHAR CRÍTICO SOBRE A PRÁTICA DESENVOLVIDA

Resultado de um saber superior pela aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, plasmadas pelo Regulamento nº128/2011 da OE, o exercício profissional prima pela excelência na capacidade de ver e agir globalmente, mobilizando o cruzamento de conhecimentos na otimização da prática de cuidados. Neste contexto, evidenciam-se quatro domínios essenciais:

1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
3. Integra a coordenação dos programas de saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do plano nacional de saúde;
4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

(Regulamento nº128/2011 da OE).

Partindo de uma motivação e investimento de índole pessoal e profissional, enquanto enfermeiro sensibilizado para a importância da compreensão da comunidade em todas as suas particularidades, o projeto “Rumo ao Bem-Estar”- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD insere-se no primeiro e segundo domínios (Figura nº 6).



Figura nº 6 - Representação do projeto de intervenção comunitária nos domínios de competências alcançadas, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011).

O projeto “Rumo ao Bem-estar” foi iniciado com a validação de um diagnóstico, seguido de definição de prioridades, formulação de objetivos, estratégias e desenvolvimento do projeto de



acordo com os problemas identificados, salientando-se igualmente a respetiva avaliação mediante indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem. Com a identificação de necessidades formativas dos AAD ao nível da formação, as intervenções produzidas procuraram reforçar as linhas de defesa em risco de rutura, através da capacitação dos cuidadores para um melhor desempenho profissional ao nível dos cuidados de higiene e conforto com implicação direta na condição de saúde dos utentes dependentes por eles cuidados.

Sendo fundamental por parte do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária uma atitude de liderança na mobilização do grupo para a concretização do projeto desenvolvido, os conhecimentos mobilizados das diversas áreas do saber providenciaram as variáveis de suporte não só para a concretização do curso de formação, mas igualmente para a capacidade de refletir criticamente sobre as atividades desenvolvidas, numa perspetiva de enfermagem avançada.

A par da evolução humana, o conhecimento permite o crescimento do homem enquanto pensador e analista dos fenómenos, para que cada desafio que surja seja um novo degrau aperfeiçoado em bases sólidas rumo ao futuro.

O ato de refletir, pedra angular para a tomada de consciência do ser humano na busca de respostas para as suas inquietudes, possibilita uma ideia do "que se chama perceber, pensar, duvidar, crer, raciocinar, conhecer, querer e todas as diferentes ações da nossa alma" (Leibniz, 2008: 4), levando a que os profissionais "desenvolvam um maior nível de conhecimento sobre a natureza e o impacto do seu desempenho" (Osterman e Kottkamp, 2004).

Na situação abordada é importante sublinhar a reflexão crítica enquanto tomada de "consciência para examinar ou analisar fundamentos e razões de alguma coisa, (...) permitindo posicionar-se a partir de um conjunto de informações conquistados com a pesquisa" (Significados, 2015). De outro modo, Cook-Sather (2008) acrescenta ser uma modalidade que integra pensamento e ação com reflexão, ou seja, pensar e analisar criticamente uma ação com o objetivo de melhorar a prática profissional, revelando as diferenças entre teorias defendidas (o que dizemos) e as teorias em uso (o que fazemos).

Em enfermagem o desenvolvimento do pensamento crítico significa "romper com a lógica tecnicista, (...) com ênfase apenas no saber e no saber-fazer (...) em detrimento do saber-ser (Sordi e Bagnato, 1998: 83, citado por Greco 2008). Uma vez que as conclusões e decisões tomadas pelos enfermeiros têm interferência na vida das pessoas, "o pensamento deve ser guiado por um raciocínio sadio, preciso, disciplinado, que promova a exatidão e a profundidade da colheita de dados e que procure identificar claramente as questões que se apresentam" (Alfaro-Lefevre, 2013: 56). Neste sentido, torna-se imprescindível o desenvolvimento do pensamento crítico pelo auxílio, por exemplo, no reconhecimento de problemas reais e/ou potenciais; na tomada de decisão na prioridade dos cuidados a prestar; na diminuição de riscos potencializadores de resultados indesejáveis; ou no aumento da verosimilhança de obter resultados positivos, numa perspetiva de melhoria contínua da prática e das relações no seio da equipa (Alfaro-Lefevre, 2013).

É na mobilização de conhecimentos e saberes, que o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, resultado das suas competências acrescidas, desenvolve uma prática

de supervisão com reconhecimento da especificidade das intervenções a efetuar em função do destinatário dos cuidados: indivíduo, família, grupo ou comunidade. É através da superior capacidade de reflexão das atividades desenvolvidas que ocorre o progresso do raciocínio, permitindo aperfeiçoar pensando “crítica e reflexivamente, buscando conhecimentos, instruções e praticando conscientemente com esse objetivo (...) pois para além de se propor a resolver procura-se prevenir e maximizar potencial e eficientemente as situações” (Greco, 2009).

Sendo essencial que a atuação de enfermagem tenha um modelo teórico subjacente para lhe prover sentido, dar corpo e possibilitar a interpretação e avaliação, considerou-se a teoria sistémica de Betty Neuman como a mais adequada para analisar a temática da formação dos AAD, uma vez que contempla a influência permanente dos agentes stressores que causam desequilíbrio no sistema cliente. Ao ter em ponderação o contexto intrasistémico, intersistémico e extrasistémico, representados respetivamente pelos AAD, a USP e os cinco concelhos de abrangência da unidade, apresenta uma visão holística, em que as estruturas como o núcleo ou as diversas linhas de defesa são ou não afetadas consoante o fortalecimento providenciado pela intervenções de enfermagem, quer na fase de equilíbrio, quer na de desequilíbrio.

A procura da melhor evidência científica, certificada pela RSL, permite que os cuidados de enfermagem tenham um suporte sustentável e reconhecido nas respostas ao indivíduo, família ou comunidade. Por outras palavras, a RSL enquanto método que possibilita o desenvolvimento do conhecimento, consolidando um nível de saber superior com origens no passado e implicações no futuro, possibilita qualidade exímia nas atuações produzidas. Segundo a OE, “Uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem” (OE, 2006: 2).

Enfatizado no enquadramento teórico a debilidade de formação dos AAD, as intervenções conducentes a essa realidade devem ter presente uma andragogia alicerçada numa RSL com a mais recente evidência científica, procurando assim o reforço das linhas de defesa desses profissionais. Neste contexto, após a validação do diagnóstico de situação, houve durante a intervenção comunitária uma preocupação na adequação dos conteúdos ao contexto laboral dos formandos, usando-se uma linguagem simples, com ilustração de vídeos e imagens apelativas que possibilitassem uma reflexão individual e em grupo para a maximização das competências. A elaboração de planos de sessão para a condução da formação e o fornecimento de um documento de suporte, baseado em autores de referência nos conteúdos abordados, são igualmente aspetos a destacar.

A comunicação nasce no berço e é fruto da educação, sendo “por meio dela que desenvolvemos maior ou menor capacidade de realizar uma ligação que atende plenamente às necessidades humanas e assim promover uma interação de qualidade com os semelhantes” (Ferreira, 2014). Enquanto alicerce para o sucesso de uma intervenção comunitária, a forma de comunicar é mais do que transmitir ideias, pensamentos ou conhecimentos, é compreender, escutar, relacionar-se, partilhar ou interagir. Nesta linha de pensamento, não há interações passivas, ou seja, é impossível não comunicar, pois a “actividade ou inactividade, palavras ou silêncios, tudo possui um valor de mensagem, que influenciam outros e esses outros, por sua vez,

não podem não responder a essas comunicações e, portanto, também estão comunicando” (Watzlawick, 1993:45).

Não se pretendendo fazer uma formação “para”, mas sim “com” o grupo, o uso do estilo assertivo apoio/interesse e expressivo, permitiu que as barreiras que fazem do processo de comunicação fossem anuladas, criando-se bom relacionamento interpessoal com predomínio da harmonia e envolvimento individual e coletivo no sentido de uma sinergia. Exemplo do descrito foi o envolvimento gradual dos formandos na sua própria aprendizagem através da participação e execução dos trabalhos de grupo.

A existência de uma boa liderança no seio de uma organização dita o seu sucesso ou insucesso. Segundo Terry (1960: 493), liderança é a “atividade de influenciar as pessoas fazendo-as empenhar-se voluntariamente em objetivos de grupo”. Liderar é assim um fenómeno de influência pessoal exercida em determinada situação através do processo de comunicação humana, com vista á transmissão de determinados objetivos. Este comportamento envolve múltiplas funções, tais como: planificar, informar, avaliar, controlar, motivar, recuperar, punir, etc; contudo, liderar é essencialmente, orientar o grupo, as pessoas em direção a metas (Bento, 2009). Pelas vantagens do seu uso, durante a intervenção foi usado o estilo de liderança democrática que se caracteriza por: bom relacionamento entre os membros do grupo, ritmo de trabalho progressivo e seguro, envolvimento constante de todos para os objetivos pré-definidos e uma satisfação pelo curso de formação, tal como evidenciado nos resultados.

Se para crescer é necessário o apoio e conforto dos mais experientes ou entendidos numa determinada área, a intervenção idealizada teve como pilares fundamentais os orientadores do ensino clínico, os quais permitiram que todas as etapas de planeamento em saúde, de acordo com Imperatori e Giraldes (1993), fossem efetivamente realizadas de modo vincado e concreto. Foi por cada degrau e desafio surgido, que naturalmente as competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária passaram a ser adquiridas e consolidadas, enquanto parte integrante do crescimento pessoal e profissional.

Planear em saúde é uma forma de intervenção sobre a realidade social e económica, que após um diagnóstico, inventariam-se os recursos disponíveis e os necessários, fixam-se objetivos e estabelecem-se prioridades. O plano elaborado possibilita,

caracterizar onde estamos, para onde queremos ir e de que meios dispomos e necessitamos. Indica-nos a direção, reduz o impacto da mudança, motiva e converge vontades e permite avaliar o nível de execução para além de ser um excelente suporte ao processo de tomada de decisão (Ferreira, 2011: 45).

Numa sociedade em que se espera dos profissionais, concretamente na área da saúde, saber agir de forma concreta e justificada, o recurso à RSL permitiu que para os objetivos propostos no projeto houvesse a melhor evidência científica nas estratégias escolhidas para os alcançar, e que a posterior avaliação viesse confirmar, perante os indicadores escolhidos, a pertinência da ação e os ganhos em saúde.

Para além dos resultados obtidos, é importante salientar o parecer dos intervenientes no projeto “Rumo ao Bem-Estar”, pois os números só têm sentido quando aliados a reflexões

proferidas pelos formandos como “*o conhecimento e a informação são os recursos estratégicos para o desenvolvimento de qualquer país; os portadores desses recursos são as pessoas, neste caso o Enfermeiro Helder*”.

Na abordagem dos cuidados de higiene e conforto, procurou-se ver mais além do que somente os cuidados com a pele, os cabelos ou as unhas. A organização do curso em 6 módulos com uma vertente teórica e prática procurou incluir uma perspetiva global e integradora das várias áreas com influência direta ou indireta no bem-estar do utente dependente. Reforçar a importância da formação, foi assim imperativo para que fosse dado o mote e justificação para a abordagem do processo de envelhecimento, necessidades humanas básicas, posicionamentos, transferências, trabalho em equipa, ou mesmo a dimensão psicossocial do utente alvo de cuidados.

A avaliação dos conhecimentos, realizada com aplicação de uma ficha no início e final da formação, permitiu em si comprovar uma melhoria de 30% no nível dos conhecimentos teóricos e e práticos dos formandos. Mais do que a percentagem obtida é imprescindível destacar: a execução de trabalhos de grupo, reveladores da dedicação e compreensão dos temas abordados; o envolvimento na elaboração do póster informativo que retrata o percurso desenvolvido; e o balanço francamente positivo feito por todos os intervenientes e espelhado no formulário de aferição do curso.

Embora no referencial teórico escolhido não esteja descrito o conceito de empowmerment, considera-se que ele está implícito nas intervenções efetuadas, pela procura de melhoria das competências dos AAD de modo a prosperar o nível de saúde dos utentes dependentes por eles cuidados, ou seja a qualidade de vida. Para que tal aconteça, é necessário dotar estes profissionais, capacitando para decidir e atuar em matéria de saúde: empowerment.

De acordo com Pinto (2001), o conceito de empowerment é definido como:

um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder - psicológico, sociocultural, político e económico - que lhes permite aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania (Pinto, 2001: 247).

Para que o processo ocorra, as intervenções de enfermagem deverão ser organizadas numa lógica de parceria, incluindo os clientes no planeamento e prestação de cuidados que se lhe destinam. Tal significa que profissionais e clientes se encontram numa relação de equidade no processo de tomada de decisão (Sousa, 2009). Entre as estratégias potenciadoras do empowerment, destacam-se: a parceria de cuidados, a relação de ajuda, a capacitação, a promoção da adesão, a “*advocacy*”, e a educação para a Saúde.

O empowerment assumindo múltiplos sentidos na promoção da saúde, Carvalho (2004) explica que existe cada vez mais evidência da importância do empowerment comunitário e individual através de uma abordagem “*bottom-up*”, isto é, a comunidade é vista como capaz de melhorar a sua saúde, pela coesão social e redes de apoio; e por sua vez o indivíduo (pela autoestima e autoeficácia), ao invés da abordagem “*top-down*”, na perspetiva institucional, no qual o empowerment é visto como um instrumento ligado à prevenção das doenças e mudanças de comportamento.

Face a todo o descrito, à semelhança do percurso desenvolvido, os conhecimentos e competências que naturalmente foram adquiridas pelo suporte académico, permitiram a recapitalização da essência de enfermagem, munindo de energia para intervir de forma atualizada numa abordagem holística ao indivíduo, família ou comunidade.

A mobilização do conhecimento teórico de todas as diversas disciplinas no percurso académico, permitiu que o ensino clínico tivesse um suporte pertinente e capaz de responder aos desafios que iam surgindo com a intervenção comunitária.

Face ao exposto, considera-se que foram atingidos todos os objetivos e cumpridas na íntegra as atividades pré-definidas, revelando os indicadores de atividade e de resultado de atividade, os ganhos obtidos havendo igualmente a resposta para a questão PI[C]O colocada:

***“Que intervenções de Enfermagem promovem a melhoria dos conhecimentos dos AAD sobre os cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente?”***

Destacam-se em seguida os aspetos considerados mais positivos do percurso:

- A contribuição das duas parcerias escolhidas que permitiram aprofundar e abordar aspetos específicos dos conteúdos, assumindo-se como mais-valias e peças essenciais da ação desenvolvida;
- O interesse e desempenho dos formandos;
- O envolvimento das duas instituições, USP e IPSS, na receptividade, apoio e análise crítica do projeto através de diversas reuniões desenvolvidas.

Podendo ser encarada como uma vitória, acredita-se que o trabalho desenvolvido, pautado pelo código deontológico inserido no estatuto da OE (anexo da Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro), se traduzirá em efetivos ganhos não só no desempenho profissional dos AAD, mais acima de tudo na prevenção da doença e promoção da saúde, com tradução direta na melhoria da qualidade de vida dos utentes dependentes.

Embora possa haver ajustes pontuais consoante a população alvo, o projeto tem condições de replicação futura, tal como enfatizado pela Direção Técnica da IPSS, pela sua pertinência e solidez com possível aplicação a outras instituições ou contextos, como por exemplo aos cuidadores informais. Como sugestões acrescidas, menciona-se a reavaliação dos conhecimentos adquiridos após 6 meses, reforçar as parcerias e diversificar as temáticas de formação.

Pela pertinência e enquadramento do projeto nos programas/atividades da USP do ACES PL, considera-se que o mesmo terá condições para integrar o plano de ação da Unidade, por permitir atender às necessidades da comunidade com uma resposta concreta e adequada.

## **6- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A formação por condicionar vivamente o desempenho de uma profissão, deve ser entendida como uma prioridade não só para os profissionais mas acima de tudo para as instituições onde estes desempenham funções. Nos AAD a formação profissional permite a aquisição de competências nas várias áreas do saber, providenciando os alicerces para cuidados adequados e personalizados para a realidade em questão. Ao invés do mencionado, quando os AAD não se encontram convenientemente “treinados, sentem-se oprimidos e inseguros sobre os cuidados que estão a prestar, havendo também um reconhecimento por parte dos residentes da sua falta de fiabilidade” (Carvalho, 2009: 14).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assume neste contexto um papel de vital importância, enquanto profissional de excelência detentor de competências que lhe permitem responder ao mais alto nível às necessidades das pessoas/grupos/comunidades, partindo da avaliação multicausal dos principais problemas ao nível da saúde e, prosseguindo, com o desenvolvimento de programas/projetos de intervenção.

Pretendendo ser um documento que procura refletir sobre a prática desenvolvida no ensino clínico que decorreu na USP do ACES PL, o presente relatório de estágio contextualiza a temática, espelha o diagnóstico efetuado e as atividades desenvolvidas com o projeto “Rumo ao Bem-Estar”, bem como a sua avaliação através de indicadores e metas. A par do descrito procura-se evidenciar o conhecimento pessoal adquirido com a aquisição de competências ao nível da enfermagem avançada, mobilizando os saberes através da ligação entre teoria e prática, fortalecendo espírito crítico-reflexivo com o desafio assumido.

Partindo de um anterior diagnóstico efetuado no campo de estágio I, relacionado com as necessidades formativas dos AAD, validado no presente ensino clínico, foram planeadas intervenções de enfermagem específicas baseadas no modelo sistémico de Betty Neuman e suportadas pela melhor evidência científica através da RSL. Nesta linha de raciocínio, procurou-se reforçar as linhas de defesa com a adaptação de conteúdos ao contexto profissional dos formandos, utilização de um vocabulário acessível e visualização de imagens e vídeos apropriados aos temas no sentido de uma reflexão individual e em grupo com partilha de experiências.

Através das estratégias delineadas, a intervenção comunitária associada à realização do curso de formação, permitiu sensibilizar os AAD para a importância dos cuidados de higiene e conforto e enriquecer em 30% os seus conhecimentos teóricos e práticos, estando assim criadas as condições para a melhoria do nível de cuidados prestados aos utentes dependentes. De acordo com o modelo teórico seguido, teoria dos sistemas de Betty Neuman, houve assim um reforço das linhas de defesa dos AAD através de uma formação adequada às efetivas necessidades, sendo evidenciados resultados desse fortalecimento ao nível do aumento de conhecimentos conducentes à alteração de comportamentos.

Analisando os resultados obtidos, os quais são representativos da população alvo por a amostra incluir 51% dos AAD da IPSS, consideram-se alcançadas todas metas definidas e subseqüentes objetivos do projeto, mediante as atividades e estratégias desenvolvidas. As parcerias estabelecidas e o envolvimento de todos os intervenientes foram mais-valias para o desenrolar descrito.

Numa perspetiva de enfermagem avançada, a reflexão da prática sobre a prática deve fazer parte constante do exercício do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária para a melhoria do seu desenvolvimento pessoal e profissional. Neste sentido, a RSL enquanto metodologia científica, providenciou um suporte baseado na evidência de forma a planear e desenvolver intervenções de enfermagem que contribuam para a superioridade dos cuidados, garantindo a excelência, segurança e otimização da ciência de enfermagem. Provendo os conhecimentos mais atuais do tema em estudo, ou seja, a resposta científica mais reconhecida para fazer face às carências de formação dos AAD, houve uma aquisição e consolidação de conhecimentos teóricos e práticos dos cuidadores relativamente a:

- Aspetos gerais do envelhecimento, dependência, necessidades humanas básicas e fatores de conforto e desconforto associados a cuidados de saúde;
- Forma de higienização das mãos, cuidados relativos ao banho incluindo os referentes à pele, higiene íntima, cabelo, barba, unhas e higiene oral;
- Realização de posicionamentos adequados, como forma de prevenção das úlceras de pressão, e execução de transferências no leito e cadeira de rodas;
- Dimensão psicossocial de um utente dependente, importância da atividade física, padrão de sono e repouso e alimentação adequada.

Com o aprofundamento do conhecimento, relacionado com uma prática centrada nas necessidades da comunidade, seguidamente descrevem-se, de forma resumida, as atividades realizadas (**AD**) e competências adquiridas durante o ensino clínico (**CA**) de acordo com o Regulamento nº128/2011 da OE:

- **AD:** Validação do diagnóstico de situação envolvendo a IPSS:  
**CA:** *“Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade”;*
- **AD:** Hierarquização dos problemas detetados e definição da área dos cuidados de higiene e conforto como prioritária de intervenção:  
**CA:** *“Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade”;*
- **AD:** Definição do objetivo geral da intervenção nomeadamente melhorar o nível de conhecimentos teóricos e práticos dos AAD da IPSS, em contexto de SAD e ERPI, sobre os cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente; e aclarar as estratégias a efetuar de acordo com a melhor evidencia científica:

**CA:** *“Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas”;*

- **AD:** Elaboração do projeto de intervenção comunitária “Rumo ao Bem-Estar”- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD, procurando dar resposta às necessidades formativas reconhecidas:

**CA:** *“Estabelece programas e projectos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados”;*

- **AD:** Operacionalização de um curso de formação, teórico e prático, conducente à alteração de comportamentos pela sensibilização da importância dos cuidados de higiene e conforto com implicação direta na condição de saúde dos utentes dependentes. Recurso à mobilização de diversas áreas científicas como suporte à intervenção comunitária:

**CA:** *“Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania”; “Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais”; e “Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade”;*

- **AD:** Avaliação da eficácia das intervenções desenvolvidas através de indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem:

**CA:** *“Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados”;*

- **AD:** Divulgação do projeto “Rumo ao Bem-Estar” no e-Boletim da USP com publicação no Portal da Saúde e no site do World News; elaboração do quadro informativo e wallpaper da Semana Europeia da Vacinação com divulgação em todas as unidades de saúde do ACES PL; formador em sessões do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, tendo como destinatários médicos de saúde pública, técnicos de saúde ambiental e assistentes operacionais; interveniente no projeto de intervenção comunitária “DARE+”; envolvimento no programa de planeamento estratégico em saúde da USP relacionado com a elaboração do Perfil de Saúde da Comunidade e Plano de Desempenho das Unidades do ACES PL; apoio à consulta médica e de enfermagem na vacinação internacional, em sessões de educação para a saúde a nível individual e em grupo, bem como a administração de vacinas do PNV e extra Plano; apoio à consulta médica na monitorização das doenças de declaração obrigatória através da plataforma SINAVE:

**CA:** *“Participa na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do PNS”; “Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde - doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica”.*



A par da aquisição das competências específicas, as ações efetuadas possibilitaram igualmente o aprofundamento de outras relacionadas com a capacidade de reflexão e análise, planeamento, criatividade, comunicação e trabalho em equipa.

Possibilitando não só um crescimento profissional, mas igualmente pessoal, o percurso desenvolvido, traduzido neste documento, espelha os alicerces criados com ramificação em diversas áreas do saber para atender às necessidades de uma comunidade, não só numa perspetiva de reforço das linhas de defesa do grupo alvo, mas igualmente de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e dignificação da profissão.

## **7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ACES Espinho/Gaia (2011). *Plano Local de Saúde ACES ESPINHO/GAIA 2011-2016*. Disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAd%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAd/Perfis%20de%20Sa%C3%BAd/PLS/70CB6ED0337C63E7E040140A11027471>.

ACES Pinhal Litoral (2014). *Perfil de Saúde Perfil do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral*. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Paginas/ACeSPinhalLitoral.aspx>.

Alfaro-LeFevre, R. (2013). *Critical thinking, clinical reasoning, and clinical judgment: A practical approach*. 5º Ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.

Almeida, L. (2011). *Relatório de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Amaral, M. (2009). *Parceria de Cuidados entre Enfermeiras e Pais de Recém Nascidos Prematuros Internados, a Visão das Enfermeiras*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Anderson, E., McFarlane, J. (1988). *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing*. New York: JB Lippincott.

Andrade, C. (2009). *Transição para Prestador de Cuidados- Sensibilidade aos Cuidados de Enfermagem*. Trabalho no âmbito dos Seminários de “Investigação em Enfermagem e Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa. Lisboa: Pensar em Enfermagem. volume 13, nº 1.

Antunes, A. (2001). *Terminologia de Formação Profissional - Alguns Conceitos de Base*. III CIME - Comissão Interministerial para o Emprego. Lisboa. Disponível em: [http://www.dgert.mtss.gov.pt/Emprego%20e%20Formacao%20Profissional/terminologia/doc\\_terminologia/CIME%20-%20Terminologia.pdf](http://www.dgert.mtss.gov.pt/Emprego%20e%20Formacao%20Profissional/terminologia/doc_terminologia/CIME%20-%20Terminologia.pdf).

Atallah, A.; Castro, A. (1998). *Evidências para Melhores Decisões Clínicas*. São Paulo: Centro Cochrane Brasil.

Baptista, N. (2012). *Dificuldades do Cuidador Formal de Pessoas Idosas Dependentes no Domicílio*. Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Beddome, G. (1995). *Community-as-Client Assessment: A Neuman - Based Guided for Education and Practice*. In B. Neuman (Ed.). *The Neuman systems model*. Norwalk: Appleton e Lange.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bento, A. (2009). *Liderança*. Disponível em: <http://www3.uma.pt/bento/repositoriobento.html>.

- Braga, G. e Silva, J. (2011). *Teorias de Enfermagem*. São Paulo: Iátria.
- Bulgrae V. (2010). *O Papel do Professor e sua Mediação nos Processos de Elaboração do Conhecimento*. Revista Conteúdo Capivari. Volume 1, nº4. Agosto/Dezembro.
- Bullock, T., Melnyk, B., McGrath, J., Jacobson, D., Kelly, S., e Baba, L. (2010). *Translating the Evidence-Based NICU COPE Program for Parents of Premature Infants into Clinical Practice: Impact on Nurses' Evidence-Based Practice and Lessons Learned*. Journal of Perinatal e Neonatal Nursing, 24(1), 74-80. Retrieved from EBSCOhost.
- Câmara Municipal de Leiria (2015). *Freguesia de Marrazes*. Disponível em: <http://www.cm-leiria.pt/pages/85>.
- Carvalho, M. (2009). *A Política de Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social: Risco ou Proteção Efetiva?*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. Disponível em: [http://locussocial.CESSS-UCP.COM.PT/page6/files/artigo-007c-paper\\_carvalho\\_Is\\_00232.pdf](http://locussocial.CESSS-UCP.COM.PT/page6/files/artigo-007c-paper_carvalho_Is_00232.pdf).
- Cases (2014). *Identidade das IPSS*. Disponível em: <http://www.cases.pt/ipss/identidade-das-ipss>.
- Cavaco, C. (2009). *Adultos Pouco Escolarizados. Diversidade e Interdependência de Lógicas de Formação*. Tese de Doutoramento. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Chalifour, J. (1993). *Eisenberger la relation d'aide*. Canada. Gaëtan Morin Editeur.
- Chang, C.; Lin, Li-Chan (2005). *Effects of a Feeding Skills Training Programme on Nursing Assistants and Dementia Patients*. Journal of Clinical Nursing. Número: 14. Edição: 10. Páginas: 1185-1192. Artigo; ISSN:09621067. Base de dados: CINAHL Complete.
- Coffey, A. (2004). *Perceptions of Training for Care Attendants Employed in the Care of Older People*. Journal of Nursing Management. Número 12. Edição: 5. Páginas 322–328. Artigo; ISSN:0966-0429; Base de dados: CINAHL Complete.
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (2012). *Conceito de Risco/Perigo*. Disponível em: <http://www.cnpcjr.pt/left.asp?13.02>.
- CPCJ Batalha (2015). *Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco*. Disponível em: <http://www.cm-batalha.pt/areas-de-intervencao/accao-e-apoio-social/cpcj>.
- Cross, J. (1993). *Teorias de Enfermagem- Os fundamentos para a Prática Profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- DARE+ (2015). *Protocolo de estudo do Projeto DARE+: Diabetes: + Apoio pelos responsáveis escolares*. Leiria: Unidade de Saúde Pública.
- Deco Proteste (2014). *Apoio Domiciliário a Idosos*. Disponível em: <http://www.deco.proteste.pt/saude/apoio-domiciliario-a-idosos-s486611.htm>.
- Decreto-Lei nº 147/99. Diário da República. 1ª Série.
- Decreto-Lei nº 137/2013. Diário da República, nº 38/22 de Fevereiro de 2008. 1ª Série.

Decreto-Lei nº 28/2008. Diário da República. 1ª Série.

Decreto-Lei nº 414/99. Diário da República, nº 141 de 15 de Outubro de 1999. 1ª Série.

Decreto-Lei nº 74/2006. Diário da República, nº 60 de 24 de Março de 2006. 1ª Série.

Decreto-Lei nº 81 e 82/2009. Diário da República, nº 65 de 2 de Abril de 2009. 1ª Série.

Despacho n.º 2902/2013. Diário da República, nº 38 de 22 de Fevereiro de 2013. 2.ª Série.

Direção Geral da Saúde (2011). *Vigilância epidemiológica Função essencial de qualquer sistema de saúde pública*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/vigilancia-epidemiologica.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2013). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Orientações Programáticas*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/programas-e-projectos.aspx>.

Direção Geral da Saúde (2006). *Orientações genéricas para a criação de centros de saúde*. Disponível em: [www.dgs.pt/informativas/circular-informativa-n-46dspcs-de-13102006](http://www.dgs.pt/informativas/circular-informativa-n-46dspcs-de-13102006).

Direção Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para a Diabetes e Programa Nacional de Saúde Escola*. Orientação da Direção Geral da Saúde nº3/2012. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2013). *Plano Nacional de Saúde (2012-2016)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2014). *Plano de prevenção e resposta para as infeções respiratórias para o outono/inverno 2014/2015*. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-respiratorias-20142015-plano-de-prevencao-e-resposta-para-o-outono-inverno.aspx>.  
Direção Geral da Saúde (2015).

Duarte, Y.; Andrade, C.; Lebrão, M (2007). *O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. São Paulo: Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Nº 41, 317-325.

Elias, N. (2006). *O processo Civilizacional*. 2ª Ed. Lisboa: Dom Quixote.

Escola Superior de Saúde de Santarém (2011). *Documento Orientador à Elaboração do Relatório para a Obtenção do Grau de Mestre*. Edição do Autor.

Escola Superior de Saúde de Santarém (2012). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém*. Edição do Autor

Feldman C. (1999). *Pneumonia in the elderly*. Clin Chest Med. 20, 563-573.

Fernandes, P. (2015). *Projeto Escolas sem Ruído*. Disponível em: [http://issuu.com/uspleiria/docs/conteudos\\_2?e=16811480/15349017](http://issuu.com/uspleiria/docs/conteudos_2?e=16811480/15349017).

Ferreira D. (2014). *A Importância Da Comunicação*. Disponível em: <http://pme.pt/a-importancia-da-comunicacao/>.

Ferreira, F (1963). *Saúde Pública: higiene, medicina preventiva, medicina social, administração e legislação sanitária*. Porto: Livraria Machado.

Ferreira, M (2004). *Formar para um Melhor Cuidar*. Millenium, Revista do Instituto Politécnico de Viseu. Nº 30, Outubro de 2004. Viseu.

Ferreira, R. (2011). *Relatório de Estágio “Ganhar Saúde” para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária*. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Fitzpatrick, J. M., e Roberts, J. D. (2004). *Challenges for Care Homes: Education and Training of Healthcare Assistants*. Br J Nurs, 8, 13 (21), 1258-1261.

Fleury, M. e Fleury, A. (2001). *Construindo o Conceito de Competência*. RAC - Edição especial, 183-196.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. 1ª Ed. Loures: Lusociência.

Freese, B. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5.ª Ed. Loures: Lusociência.

Fundação Portuguesa do Pulmão (2015). *Prevenção de Infecções Respiratórias*. Disponível em: [http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/prevencao\\_infeccoes.html](http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/prevencao_infeccoes.html).

George, J. (1993). *Teorias de Enfermagem para a Prática Profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

George, J. B. et al. (2000). *Teorias de Enfermagem- Os Fundamentos para a Prática Profissional*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora.

Greco, M. (2009). *Pensamento Crítico Reflexivo em Enfermagem*. Minas Gerais: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem.

Greco, M. (2008). *Tomada de decisão em Enfermagem*. UFJF. Faculdade de Enfermagem. Apostila de curso.

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.

Cook-Sather, A. (2008). *Returning to the Mirror: Reflections on Promoting Constructivism in Three Educational Context*. Bryn Mawr College Scholarship, Research, and Creative Work at Bryn Mawr College. Disponível em: [http://repository.brynmawr.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1025&context=edu\\_pubs](http://repository.brynmawr.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1025&context=edu_pubs).

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para Uso em Serviços Centrais, Regionais e Locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. 3º Ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Inácio M. (2007). *Manual do Formando "O Processo de Aprendizagem"*. Lisboa: DeltaConsultores e Perfil. Disponível em : <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.aspx?skey= &doc= 55606 &img=324>.

Instituto da Segurança Social, I.P. (2013). *Guia Prático- Apoios Sociais a Idosos*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.

Instituto para o Desenvolvimento Social (2002). *Prevenção da Violência Institucional, Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*. Lisboa.

Jacob, L. (2002). *Ajudante Sénior: Uma Hipótese de Perfil de Profissional para as IPSS*. Dissertação de Mestrado em políticas de desenvolvimento de recursos humanos. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal. Disponível em: [http://www.socialgest.pt/\\_dlds/tesedemestradoluis.pdf](http://www.socialgest.pt/_dlds/tesedemestradoluis.pdf).

Jacob, L. (2004). *Serviços para Idosos*. Portal do envelhecimento. Disponível em: <http://portal.doenvelhecimento.org.br /noticias/artigos/servicos-para-idosos.html>.

Johns Hopkins- School of Public Health (2008). *Public Health Practice*. Disponível em: <http://ocw.jhsph.edu/courses/publichealthpractice101/PDF/Session4.pdf>.

Kearsley, G. (2010). *Andragogy. The theory Into practice database*. Disponível em: <http://tip.psychology.org>.

Knowles, M., Holton, E., & Swanson, R. (2011). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* [Kindle for Mac version]. 7ª Ed. Disponível em: <http://amzn.to/pGDgF2>.

Lage, I. (2005). *Cuidados Familiares a Idosos*. Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores.

Le Boterf, G. (1995). *De la Compétence: Essai Sur un Attracteur Étrange*. Paris: LesÉditions d'Organisation.

Lei nº 111/2009. Diário da República, nº 180 de 16 de Setembro de 2009. 1ª Série. Código Deontológico dos Enfermeiros, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Lei nº 7/2009. Diário da República nº 30 de 12 de Outubro de 2009. 1ª Série.

Leibniz G. (2008). *Da Reminiscência e da Reflexão da Mente Sobre Si Mesmo*. Fundação Engenheiro António de Almeida. ISBN: 9789728386740

Lerner N., Resnick B., Galik, E. e Russ, K.(2010). *Advanced Nursing Assistant Education Program*. J Contin Educ Nurs. 13, 1-7.

Lexico (2015). *Sinónimos de percurso*. Disponíveis em: <http://www.lexico.pt/percurso/>.

Loeb M (2005). *Epidemiology of community- and nursing home-acquired pneumoniae in older adults*. Expert Rev Anti Infect Ther. 3, 263-279.

Martins, N. (2014). *Pessoas Idosas e Incontinência Urinária: Trajetória da Proposição de um Modelo de Sistematização da Assistência Especializada em Enfermagem*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Brasil: Universidade Federal de Juiz de Fora.

Melanie, M. e Evelyn, W. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Meleis, A.; Dean, M. (2012). *Theoretical Nursing, Development and Progress -Fifth Edition*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=kPdB1vU1c1YC&pg=PA307&lpg=PA307&dq=beddome+neuma+theory&source=bl&ots=akuTUq8Plo&sig=iUE68ulvAL6u63HznNidycyrAI&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjku8nOh97KAhUK0hoKHY03AD0Q6AEIITAA#v=onepage&q=beddome%20neuman%20theory&f=false>.

Melnik B.; Fineout-Overholt E. (2005) *Making the Case for Evidence based Practice*. In: Melnik BM, Fineout-Overholt E. *Evidence Based Practice in Nursing e Healthcare*. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins. 3-24.

Melnik, B; Fineout-overholt, E. (2011). *Evidence Based Practice in Nursing and Healthcare: A Guide to Best Practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams e Wilkins.

Militar, S. (2012). *Formar para Cuidar*. Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Lisboa: Instituto da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13570/1/Relat%C3%B3rio%20Sofia%20Militar.pdf>.

Ministério da Saúde (2014). *Orientações Internas para os Serviços de Saúde- Prevenção das doenças respiratórias para o inverno 2015*.

Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012). *Carta Social - Elementos Quantitativos - Gabinete de Estratégia e Planeamento*. Lisboa: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em <http://www.cartasocial.pt/>.

Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (2009). *A Dependência: o Apoio Informal, a Rede de Serviços e Equipamentos e os Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Centro de Informação e de Documentação.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2008). *Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)*. Disponível em: Unidade de Saúde Pública <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/ACES%20-%20USP.pdf>

Missouri Department of Health and Senior Services (2015). *Role of Public Health Nurse*. Disponível em: <http://health.mo.gov/living/lpha/phnursing/phnroles.php>.

Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. Connecticut: Appleton e Lange.

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26a](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26a).

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf).

Organização Mundial de Saúde [WHO] (2004). *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. Ageing and Health Technical Report. Japan: WHO.

Osterman, K.; Kottkamp, R (2004) *Reflective Practice for Educators: Professional Development to Improve Student Learning*. 2<sup>nd</sup> Edition. Oaks, CA: Corwin Press.

Pacheco, S. e Rosa, D. (2009). *Importância do Desenvolvimento de Competências Éticas na Formação em Enfermagem*. Revista Nursing. Nº 242, Ano 21, 8-13.

Pauchet-Traversat, A., Bonnery, E., Gama-Leroy, C. (2003). *Cuidados de Enfermagem - Fichas Técnicas: Fundamentos de Enfermagem, Cuidados Técnicos Centrados na Pessoa Cuidada*. Loures: Lusociência.

Pereira, M. (2013). *Educação e Formação de Adultos - Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências de Adultos sem a Escolaridade Básica Obrigatória na Região Autónoma da Madeira* - Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Pimentel, L. (2005). *O lugar do Idoso na Família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

Pinto, C. (2001). *Estudar os problemas sociais*. In Problemas Sociais Contemporâneos. Lisboa: Universidade Aberta. 27-50.

Plano Nacional de Saúde (2012-2016). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - versão Resumo*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/>.

Pordata (2014). *Números dos municípios e regiões de Portugal*. Disponível em: [http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Leiria+\(Municipio\)-5610](http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Leiria+(Municipio)-5610).

Regulamento nº 128/2011. Diário da República, nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011. 2<sup>a</sup> Série. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Disponível em: <https://dre.pt/application/dir/pdf2sdip/2011/02/035000000/0866708669.pdf>.

Reis, A. (2012). *Animação Sociocultural na 3<sup>a</sup> idade, Um estudo de Caso no Lar Nossa Senhora da Conceição Vidago*. Tese de Mestrado Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação, área de especialização em animação sociocultural. Chaves: Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.

Rocha, M., Vieira, M. e Sena, R. (2008). *Desvelando o Quotidiano dos Cuidadores Informais de Idoso*. Revista Brasileira de Enfermagem. Nº 61, 801-808.

Romão, F. (2002). *Evolução Histórica das IPSS*. Disponível em: <http://portal.ua.pt/thesaurus/default1.asp?OP2=0&Serie=0&Obra=30&H1=2&H2=1>.

Rosa, M. (2013). *Cuidar de Enfermeiros - Os Enfermeiros como Beneficiários dos Cuidados*. Relatório de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Setúbal: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Sackett, D.; Straus, S.; Richardson, W; Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. 2<sup>a</sup> Ed. New York: Churchill Livingstone.



Salvado, M. (2010). *O Exercício do Poder nos Cuidados de Enfermagem: os Cuidados de Higiene*. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Sampaio R.; Mancini M. (2007). *Estudos de Revisão Sistemática: um Guia para Síntese Críteriosa da Evidência Científica*. *Revista brasileira de fisioterapia*. Nº 11, Volume 1, 83-89, jan./fev. 2007. Minas Gerais.

Santos, M. (2009). *Desenvolvimento de Competências Profissionais com a Educação pelos Pares*. Tese de Mestrado Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.

Sengupta, M., Kojetin, L., e Ejaz, F. (2010). *A National Overview of the Training Received by Certified Nursing Assistants Working in U.S. Nursing Homes*. *Gerontology e Geriatrics Education*, 31, 201-219.

Serra, A. (2011). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. 3ª Ed. Coimbra: Edição do autor.

Significados (2015). *Reflexão crítica*. Disponível em: <http://www.significados.com.br/reflexao-critica/>.

Silva, D. (2002). *Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem*. *Revista Millenium*. ISSN: Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/624/1/Correntes%20de%20pensamento%20em%20ci%C3%A7%C3%A2ncias%20de%20enfermagem.pdf>.

Smith, B., Kerse, N. e Parsons, M. (2005). *Quality of Residential Care for Older People: Does Education for Healthcare Assistants Make a Difference?* *Journal of the New Zealand Medical Association*. 118, 1214.

Sordi M.; Bagnato, M. (1998). *Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área de saúde: o desafio da virada do século*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. Vº6, nº2, 83-88.

Sousa F. (2009). *Os Enfermeiros e o Empowerment em Saúde*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>.

Sousa, M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. Cascais: Princípiã.

Spindler, J. (2014). *Necessidades Humanas Básicas*. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/jesielenurse/aula-5-necessidades-humanas-bsicas>.

Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública*. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. 7ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Stanhope, M; Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Lisboa: Lusociência, ISBN: 978-0-323-04540-7

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Cadernos de Formação 2. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos.

Terry, G (1963) *Organizational Culture and Performance*. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=d0WZf9XDOD0C&pg=PA52&dq=George+Terry+1960&hl=ptPT&sa=X&ved=0CB4Q6AEwAGoVChMkfDmm9HUyAlVhmsUCh2T3gk5#v=onepage&q=George%20Terry%201960&f=false>

Tomey, A; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

Toro, A. (2001). *Enfermería Basada em La Evidencia: Como Incorporar la investigación a la Práctica de los Cuidados*. Granada: Fundacion Index.

Turnock, B. (2004). *Public Health : what it is and how it works*. 3ª Ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Unidade de Saúde Pública (2010). *Regulamento interno da USP do ACES Pinhal Litoral*. Edição do Autor.

Unidade de Saúde Pública (2015). *Plano de Ação da USP do ACES Pinhal Litoral*. Edição do Autor.

United States Department of Labour (2015). *Nursing Assistants and Orderlies*. Disponível em: <http://www.bls.gov/ooh/healthcare/nursing-assistants.htm>.

Vilão, O. (1995). *Entre a Vida e a Morte: Ser Doente em Fase Terminal*. Jornadas Entre a Vida e a Morte. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto.

Vilhena, B. (2009). *Competência e sua Importância no Mercado de Trabalho*. Disponível em: <http://dinheirama.com/blog/2009/07/29/competencia-e-sua-importancia-no-mercado-de-trabalho/>.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1993). *Pragmática da Comunicação Humana*. Um Estudo dos Padrões, Patologias e Paradoxos da Interação (9. ed.). São Paulo, SP: Cultrix. (Original publicado em 1967).



## **Anexo I**

Projeto de intervenção comunitária “Rumo ao Bem-Estar”-  
Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**



**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**  
**5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**  
**UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO**

## **PROJETO DE ESTÁGIO**



**UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA**  
**- ACES PINHAL LITORAL -**

**Mestrando:** Helder Carreira, nº 130431001

Santarém, Fevereiro de 2015

---



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**



**5º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**  
**5º CURSO DE PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**  
**UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO II E RELATÓRIO**



**- UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA -**

### **PROJETO DE ESTÁGIO**

Projeto de Intervenção Comunitária:

**“Rumo ao Bem-Estar”- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos  
Ajudantes de Ação Direta**

**Professora Titular da UC:** Irene Santos

**Professora Orientadora:** Rosário Machado

**Professora Co-Orientadora:** Alcinda Reis

**Enfermeira Cooperante:** Fátima Soares

Santarém, Fevereiro de 2015

*O conhecimento amplia a vida.  
Conhecer é viver uma realidade que a ignorância impede desfrutar.*

(Carlos Bernardo González Pecotche)

## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

AAD- Ajudantes de Ação Direta

ACES PL- Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral

ARS- Administração Regional de Saúde

ATIV.- Atividades

AVD's- Atividades de vida diárias

CIMPL- Comunidade Intermunicipal do Pinhal Litoral

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DEC. LEI- Decreto Lei

DGS- Direção Geral de Saúde

DR.- Doutor

ENF.- Enfermeira(o)

ESP.- Especialista

ESSS- Escola Superior de Saúde de Santarém

EX.- Exemplo

GPASI SS- Guia Prático de Apoios Sociais a Idosos da Segurança Social

H.- Horas

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

M.- Minutos

MS- Ministério da Saúde

OE- Ordem dos Enfermeiros

PAIE- Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento

PD ACES PL- Plano de Desempenho do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral



PPRIROP- Plano de Prevenção e Resposta para as Infecções Respiratórias Outono/Inverno

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSCCI- Plano Nacional de Saúde dos Cuidados Continuados Integrados

POC- Plano Ocupacional de Emprego

PORDATA- Base de Dados Portugal Contemporâneo

PS ACES PL- Perfil de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral

SAD- Serviço de apoio domiciliário

SNRIPD- Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência

SNS- Serviço Nacional de Saúde

TSAmbiental- Técnico de Saúde Ambiental

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

UC- Unidade Curricular

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Pública

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	10
<b>1- CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRAFIA DOS CONCELHOS INTEGRANTES DO ACES PINHAL LITORAL .....</b>	13
<b>2- ESTRUTURA ORGÂNICO FUNCIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA .....</b>	19
<b>3- PLANEAMENTO EM SAÚDE .....</b>	23
3.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO E DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES .....	23
3.2- OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES A DESENVOLVER .....	25
<b>3.2.1- Projeto de intervenção: “Rumo ao Bem-Estar”- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD .....</b>	26
3.2.1.1- Enquadramento do projeto .....	26
3.2.1.2- Metodologia .....	31
3.2.1.3- População alvo e parcerias .....	31
3.2.1.4- Atividades propostas .....	32
3.2.1.5- Avaliação e controlo .....	36
<b>4- CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	37
<b>5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	38
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO I- Objetivos propostos pela escola .....	44
ANEXO II- Plano de atividades .....	46
ANEXO III- Cronograma de atividades .....	52

## INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura nº1- Localização do Pinhal Litoral .....	14
Figura nº2- Área geográfica de abrangência do ACES PL .....	17

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico nº1- Pirâmide etária da população inscrita no ACES PL, período 2001-2013 .....	14
Gráfico nº2- Esperança de vida à nascença em 2013 no Pinhal Litoral .....	15
Gráfico nº3- Diagrama organizacional do ACES PL .....	18
Gráfico nº4- Distribuição atual dos recursos humanos na USP do ACES PL .....	22

## INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro nº1 - Distribuição de equipamentos sociais por concelho no Pinhal Litoral .....	16
Quadro nº2 - Distribuição dos recursos humanos atuais na USP do ACES PL .....	22
Quadro nº3 - Atividades propostas para o projeto “Rumo ao Bem-Estar”- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD .....	33

## INTRODUÇÃO

O aumento do número de utentes com um nível de dependência que necessitam de cuidados individualizados e permanentes, leva ao surgimento de profissões importantes na esfera social, para que a satisfação das necessidades humanas básicas possam ser atendidas. Suportado por um enquadramento legal mediante o Dec. Lei nº 414/99, os AAD revelam-se como profissionais prestadores de cuidados, em instituições como as IPSS, que cumprem actividades delegadas pela família ou profissionais de saúde, tais como os enfermeiros, que orientam a sua acção (Rocha, *et al*, 2008).

Com destaque na capacidade de resposta para a resolução dos problemas colocados pelos cidadãos no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, dadas as suas competências em planeamento em saúde, conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde (OE, 2010).

Os CSP, encarados como a base do SNS e uma prioridade política, têm os seus alicerces na importância da enfermagem comunitária pelo atendimento da comunidade em toda a sua amplitude. Compete assim ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e posteriormente, a sua avaliação, liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania, e participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (Regulamento nº 128/2011 da OE).

Resultado de uma motivação ímpar para que se torne real, a execução de um projeto subentende assim uma iniciativa, empenho, dedicação e autonomia por parte do seu autor, tornando-se este responsável pela sua história, escolhas e por todas as dimensões desde o planeamento, execução ou avaliação. Devendo ser ajustável e exequível, deve-se adaptar às possibilidades de reificação, ou seja, procura unificar vários aspetos importantes do processo de aprendizagem: a ação realizada com empenho pessoal, a intencionalidade dessa ação e a sua inserção num contexto social (Queirós, 2002).

Pretendendo ser um instrumento orientador e uma matriz de acompanhamento operacional que avalie a cada instante o trajeto percorrido, com um carácter flexível e por isso passível de alteração, o presente projeto de intervenção comunitária “Rumo ao Bem-Estar”,

procura dar respostas às necessidades formativas dos AAD, estando inserido no programa de epidemiologia da USP. O estágio decorrerá na USP do ACES PL, no período de 16 de Fevereiro a 3 de Julho de 2015, com uma duração de 18 semanas num total de 840 horas.

Tendo em vista ir ao encontro dos objetivos propostos pela escola (Anexo I), das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, bem como dos principais programas e ações da USP, o planeamento das actividades propostas tenciona alcançar os seguintes objetivos:

- Conhecer a estrutura orgânica, funcional e física da USP;
- Integrar as ações da USP, procurando desenvolver competências no âmbito da enfermagem de saúde comunitária;
- Elaborar um projecto de intervenção em enfermagem comunitária, utilizando a metodologia do planeamento em saúde;
- Promover estratégias de envolvimento e participação da comunidade no projeto a ser realizado;
- Implementar estratégias no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença;
- Identificar, planear e desenvolver actividades de intervenção tendo em conta as especificidades culturais de grupos e/ou comunidades;
- Garantir o cumprimento ético e deontológico das práticas desenvolvidas;
- Refletir e analisar de forma critica as estratégias desenvolvidas, tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária;
- Realizar o relatório de estágio escrito mobilizando as competências adquiridas.

A formação embora seja um pilar chave para o crescimento pessoal e profissional, é enfatizado na literatura que os cursos leccionados aos AAD são generalistas e que incidem principalmente na vertente científica e de animação em vez de conteúdos mais práticos, tais como posicionamentos ou cuidados de higiene a idosos ou pessoas dependentes (Jacob, 2004).

Com uma motivação e investimento de índole pessoal e profissional, enquanto enfermeiro sensibilizado para a importância da temática nos cuidados prestados, o presente projeto pretende constituir-se como o início de um percurso direccionado para o desenvolvimento de competências sobre a prática de revisão sistemática da literatura, baseada numa questão de especial interesse (Meleis, 2005). Neste sentido, procura-se a melhor evidência científica da questão emergida:

**“Que intervenções de enfermagem (I) promovem a melhoria dos conhecimentos (O) dos AAD (P) sobre os cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente?”**

A organização do documento, inicia-se com o enquadramento sociodemográfico dos concelhos integrantes do ACES PL e estrutura orgânico funcional da USP, seguido de objetivos e atividades a desenvolver, posterior descrição do projeto e como término as considerações finais.

Para a execução deste projeto foi essencial a consulta de suportes da unidade, programas e orientações nacionais na área em estudo, documentos da OE, mobilização dos conhecimentos adquiridos em todas as unidades curriculares, entre outros apoios técnicos. Deseja-se, que o mesmo contribuía para o desenvolvimento pessoal e profissional, na aquisição/desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, fundamentais para a prática especializada na comunidade.



## **1- CARATERIZAÇÃO SOCIO-DEMOGRAFIA DOS CONCELHOS INTEGRANTES DO ACES PINHAL LITORAL**

O Pinhal Litoral é, segundo a Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS), uma das dez sub-regiões NUTS III que compõem a região NUTS II designada por Região Centro. Sobressaindo o vasto património histórico, cultural, artístico e natural o que, de uma perspectiva económica, pode ter repercussões, por exemplo, no sector turístico, acolhe também uma mancha florestal que cobre cerca de 30% do seu território (INE, 2002).

Possuindo uma grande diversidade paisagística, o território do Pinhal Litoral, tem aproximadamente uma área de 1743,7 km<sup>2</sup>. Integrando duas serras da Rede Natura, com importância ecológica no equilíbrio e preservação ambiental, tem a norte a Serra do Sicó (área do concelho de Pombal) e a sul o Parque Natural da Serra de Aire e Candeeiros (área do concelho de Porto de Mós). O interior com características montanhosas opõe-se ao ocidente do território, enquanto zona costeira onde se destacam várias praias e o Pinhal de Leiria, sendo igualmente de realçar o clima ameno ao longo do ano e com fraca amplitude térmica, resultante da localização na província climática “Atlântica Média”. O fato de ser uma região com uma presença de água abundante, pelo Rio Lis e seus afluentes como o Lena, foi uma condição decisiva para a sua ocupação, garantindo a fertilidade, assegurava a prática agrícola (CIMPL, 2013).

Com uma boa localização geoestratégica, o Pinhal Litoral apresenta diversos sistemas de transporte e acessibilidade que garantem um serviço rodoviário através de diversos itinerários principais e complementares (IP 1/A1; IC 1/A8; IC 1/A17, IC 2/EN 1; IC 8; IC 9 e IC 32 e IC 36), que se juntam a estradas regionais e nacionais, com importância significativa na mobilidade intra-regional, tendo como exemplo a ER 356 da EN 109. Salienta-se também a rede ferroviária constituída por duas linhas de atravessamento Norte-Sul: a Linha do Norte e a Linha do Oeste (PS ACES PL, 2014).

O Pinhal Litoral enquanto sub-região estatística portuguesa, parte da Região Centro e do Distrito de Leiria, limita a norte com o Baixo Mondego, a leste com o Pinhal Interior Norte e o Médio Tejo, a sul com a Lezíria do Tejo e a oeste com o Oceano Atlântico (Figura nº 1).

O ACES PL, sendo constituído pelos centros de saúde dos concelhos da Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós e parte do de Pombal, dista 41 km de Coimbra, 152 km do Porto e 118 km de Lisboa, estando portanto numa localização privilegiada entre os dois principais centros urbanos de Portugal -Lisboa e Porto- (Viamichelin, 2015).

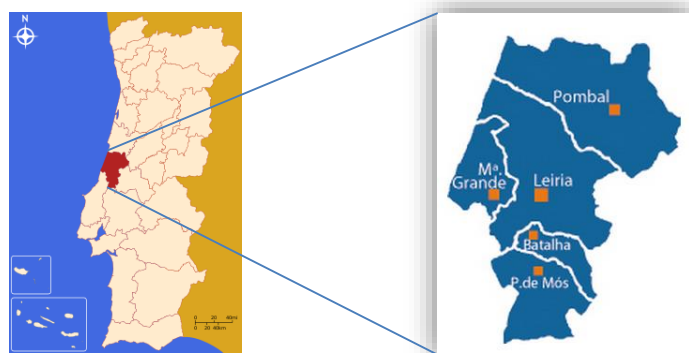


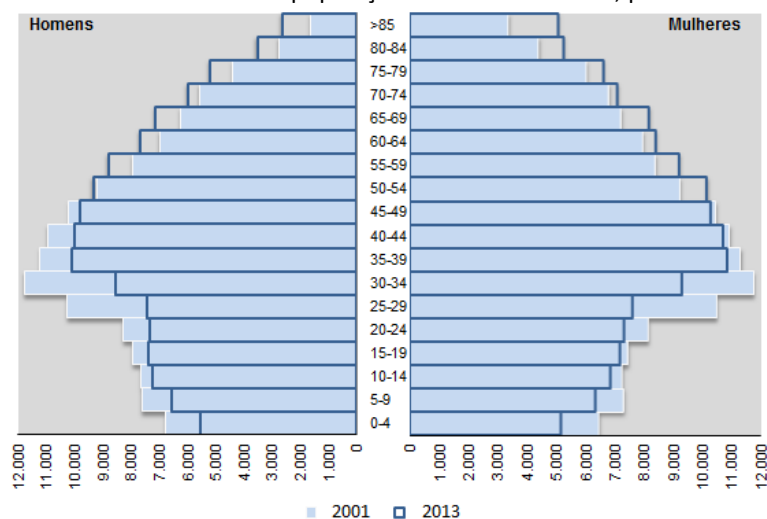
Figura nº1 - Localização do Pinhal Litoral

Fonte: cimregiaodeleiria (2015)

Para uma população residente de 259174 indivíduos, em 2013, na área de abrangência do ACES PL, o município de Leiria concentra particularmente metade dos habitantes e se se tiver em conta o eixo Pombal-Leiria-Marinha Grande esta dimensão alcança os 84% da população residente na área. O município da Batalha é o menos populoso com cerca de 6% da população, seguida do de Porto de Mós com 9% da população total da NUTIII (PD ACES PL, 2015; Pordata, 2014).

A pirâmide etária da população residente nos concelhos que integram o ACES PL, à semelhança da mesma a nível nacional, no período entre 2001 e 2013, demonstra um estreitamento da base e um alargamento do centro e do topo, refletindo o envelhecimento da população. Tal como evidenciado no Gráfico nº 1, existe uma redução da população entre o nascimento e os 50 anos de idade, altura a partir da qual esta aumenta significativamente em ambos os sexos, tendo maior expressão em idades superiores a 85 anos. Passando de um índice de envelhecimento de 97 em 2001, para 135,8 em 2013 (média nacional de 133,5), a diminuição da população jovem é mais elevada nos grupos etários dos 15 aos 34 anos (PD ACES PL, 2015; Pordata, 2014).

Gráfico nº1 - Pirâmide etária da população inscrita no ACES PL, período 2001-2013



Fonte: PD ACES PL (2015)

Indicador do estado de saúde de uma população, o Pinhal Litoral tinha em 2013 uma esperança média de vida à nascença de 80,8 anos, comparativamente aos 80,24 da região centro, como ilustrado na Gráfico nº2:

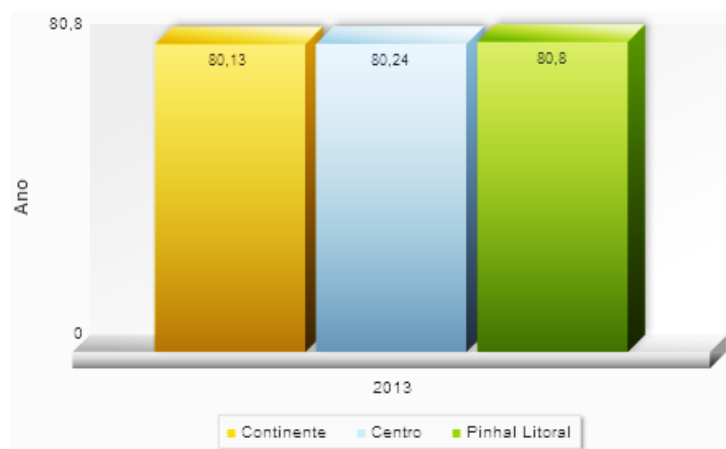


Gráfico nº2 - Esperança de vida à nascença em 2013 no Pinhal Litoral

Fonte: INE (2014)

À semelhança da tendência verificada a nível nacional, o Pinhal litoral teve um decréscimo de 823 nascimentos no período entre 2001 e 2013, tendo-se verificado uma redução da taxa bruta de natalidade em todas as suas unidades geográficas, passando de 11,0‰ para 7,5‰. Os concelhos de Pombal e Porto de Mós foram os que apresentaram a menor taxa, com 6,5 e 6,1‰, respetivamente (INE, 2014). O índice de fecundidade em 2013 era de 1,11, valor inferior à média nacional de 1,21.

No Pinhal Litoral houve um aumento da taxa bruta mortalidade entre 2001 e 2013, passando de 9,1‰ para 9,5‰, embora este último valor seja inferior a 10,2‰ enquanto nível nacional registado em 2013. O índice de dependência de idosos é 30,2%, em comparação com os 30,8% registados em território continental no ano anteriormente descrito. Ao nível da mortalidade infantil, considerando o mesmo período de 2001 a 2013, é de registar um decréscimo de 3,6‰ para 1,6‰, sendo este último, inferior à média nacional de 2,9‰ que se verificou no ano 2013 (Pordata, 2014).

O índice global de desenvolvimento regional é o resultado do comportamento conjunto das variáveis qualidade ambiental, competitividade e coesão. Com o último censo realizado em 2011, partindo do índice 100, que corresponde à média nacional, foi possível aferir que o Pinhal Litoral apresentava o valor de 99,45 (INE, 2014). Enquanto fator decisivo para a promoção da coesão e da qualidade de vida de uma população, o desenvolvimento ocorrido permitiu que em 2013 houve-se 341 equipamentos e/ou estruturas de apoio social na área de abrangência do PL, tal como evidenciado no Quadro nº1 (PS ACES PL, 2014).

Quadro nº1 - Distribuição dos equipamentos sociais por concelho no Pinhal Litoral

	Batalha	Leiria	Marinha Grande	Pombal	Porto de Mós	TOTAL
Estrutura Residencial para Idosos	1	35	7	28	8	79
Centro de Dia	3	22	5	20	7	57
Centro de Convívio	1	9	2	3	2	17
Serviço de Apoio domiciliário	3	32	6	19	7	67
Apartamento de Reinserção Social	0	1	0	0	0	1
Atendimento Acompanhamento Social	0	4	1	2	1	8
Centro Comunitário	0	1	0	0	0	1
Centro de Apoio à Vida	0	0	0	1	0	1
Centro de Acolhimento Temporário	0	0	1	0	0	1
Centro de Atividades de Tempos Livres	1	14	6	10	2	33
Creches	0	40	8	19	4	71
Intervenção Precoce	0	1	1	1	0	3
Lar de Infância e Juventude	0	2	0	0	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>161</b>	<b>37</b>	<b>103</b>	<b>31</b>	<b>341</b>

Fonte: PS ACES PL (2014)

Considerando o período de 2001 a 2011, altura dos dois últimos censos, houve um decréscimo da taxa de analfabetismo 10,1% para 6%, sendo a maior redução registada no sexo feminino com um valor de 5,4% em comparação aos 2,7% do sexo oposto. Tendo por base o mesmo período, a taxa de desemprego passou de 3,8% para 10,2%, sendo que em 2011 a taxa de desemprego jovem era de 23,81% no Pinhal Litoral, valor inferior à média nacional, 31,63% (PS ACES PL, 2014; INE, 2013).

O poder de compra *per capita* em 2011 era de 94,3, portanto inferior ao índice 100 enquanto média do País, sendo os concelhos de Pombal e Porto de Mós os que apresentavam o menor poder de compra.

Relativamente aos cuidados de saúde, na área geodemográfica do Pinhal Litoral, no ano 2013, a distribuição era de 1 médico para 2033 habitantes e de 1 enfermeiro para 1776, existindo 72 farmácias e 4 postos farmacêuticos móveis (PS ACES PL, 2014). Da respectiva área de abrangência, destacam-se como hospitais de referência o Centro Hospitalar Leiria/Pombal, o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra e o Instituto Português de Oncologia. Em 2013, as unidades privadas convencionadas estavam relacionadas com cardiologia, radiologia, diálise e medicina física e de reabilitação (PS ACES PL, 2014).

Associado à evolução do SNS, a missão para os cuidados de saúde primários em 2005, levou a uma reorganização orgânica e estrutural a este nível de cuidados, surgindo assim os ACES enquanto agrupamentos de Centros de Saúde. Estes, entendidos como organismos de gestão com autonomia administrativa e constituídos por várias unidades funcionais, têm como missão a

prestação de cuidados de saúde primários à população da respetiva área de influência, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos cidadãos. Das unidades funcionais podem constar diversas USF's, UCSP's ou UCC's, sendo que cada ACES apenas possui uma USP e uma URAP. Assentando numa equipa multidisciplinar, cada unidade tem autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do próprio ACES (Araújo, 2010).

Dos 149 enfermeiros efectivos do quadro de pessoal da ARS Centro que exercem funções no ACES PL, a distribuição é feita atualmente por 4 USF's, 4 UCC's, 10 UCSP's e uma USP, para a área de abrangência dos 5 concelhos (Figura nº2).



Figura nº2 - Área geográfica de abrangência do ACES PL

Fonte: cimregiaodeleiria (2015)

De acordo com a organização do ACES PL (Figura nº3), procuram-se garantir cuidados à população da sua área de abrangência desenvolvendo:

- Atividades que contribuam para a melhoria do estado de saúde da população, com a finalidade de eleição e maximização de ganhos em saúde em todas as faixas etárias;
- Atividades de promoção da saúde e prevenção da doença;
- Prestação de cuidados na doença e articulação com outros serviços assegurando a continuidade dos cuidados;
- Atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais.

(PD ACES PL, 2015)

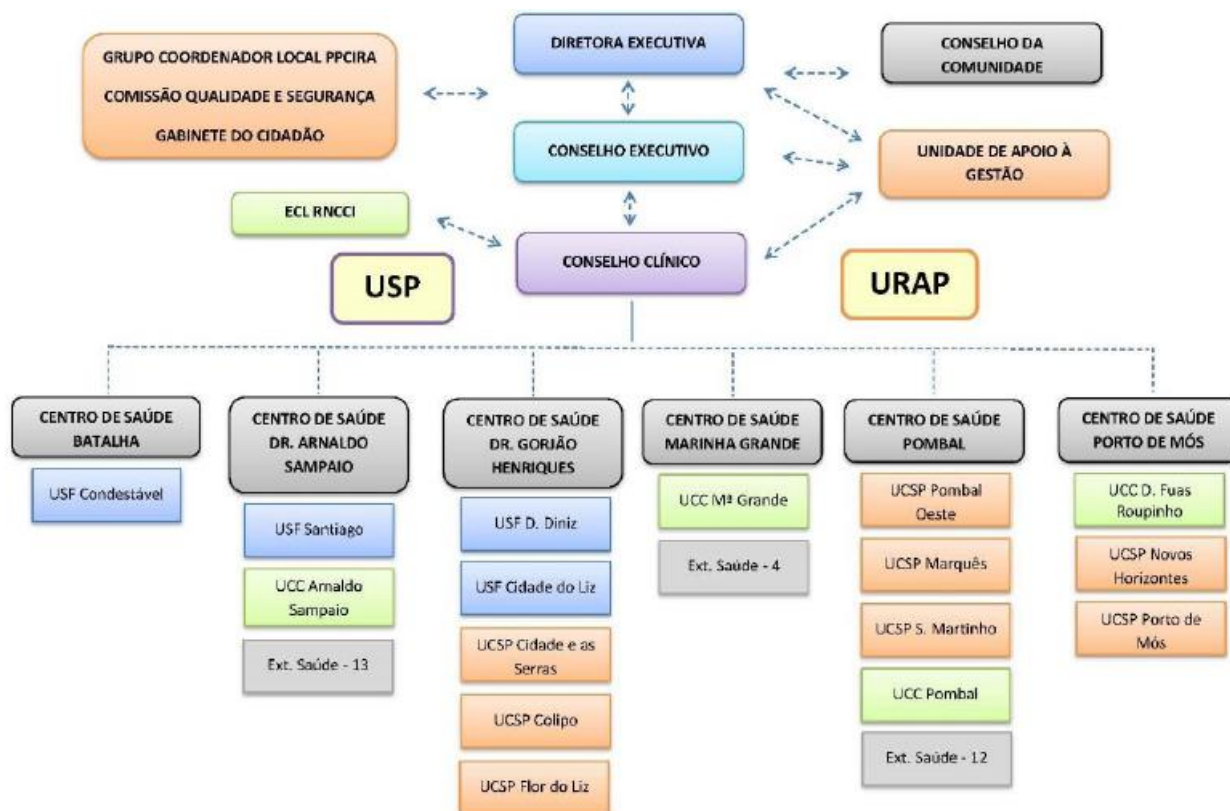


Gráfico nº3 - Diagrama organizacional do ACES PL

Fonte: PD ACES PL (2015)

## **2- ESTRUTURA ORGÂNICO FUNCIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

A USP é uma unidade funcional integrada no ACES PL, com autonomia organizativa e técnica, que atua em intercooperação com as restantes unidades funcionais. Regida por um regulamento interno, a gestão, estrutura e funcionamento da USP, tem como enquadramento legal o Dec. Lei nº 28/2008 e Dec. Lei. nº 81 e 82 de 2009. Localiza-se nas instalações do Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio e funciona todos os dias úteis no horário entre as 8h30m e as 17h30m (Regulamento interno USP ACES PL, 2010).

Ao dar resposta a toda a área de abrangência do ACES PL, a USP tem como missão a promoção da utilização dos recursos que tem ao seu alcance, compreendendo os serviços de saúde do ACES PL e da própria comunidade, para maximizar os níveis de saúde da população, fazendo uso para a defender, proteger e promover a investigação e vigilância epidemiológica, o planeamento em saúde, a aferição do impacto das ações ao nível comunitário, a autoridade de saúde, bem como outros instrumentos técnico-científicos da área da saúde pública, afirmando-se como elemento impulsionador de parcerias e estratégias intersectoriais. Acrescenta-se ainda, atividades complementares como a formação e investigação, em consonância com diversas entidades nacionais e académicas (Regulamento interno USP ACES PL, 2010).

Procurando ser reconhecida como instituição de referência no desenvolvimento da saúde, ao se assumir como parceiro privilegiado junto da comunidade, funciona como um observatório da área geodemográfica do ACES PL, competindo-lhe:

- Identificar necessidades de saúde e monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes;
- Promover a investigação e a vigilância epidemiológica, quer de doenças transmissíveis, quer no âmbito da saúde ambiental: doenças de declaração obrigatória e outras doenças evitáveis pela vacinação; toxi-infeções alimentares e segurança alimentar em escolas; vigilância da qualidade da água; vigilância sanitária das condições higio-sanitárias dos estabelecimentos de restauração, comércio, ensino, espaços desportivos, unidades privadas de saúde, entre outros;
- Avaliar o impacto das várias intervenções em saúde;
- Gerir programas e projectos nas áreas de defesa, protecção e promoção da saúde da população, no quadro de planos ou programas regionais ou nacionais, nomeadamente: vacinação, saúde ambiental, saúde escolar, saúde ocupacional e saúde oral;

- Colaborar, de acordo com a respectiva legislação, no exercício das funções de autoridade de saúde;
- Assegurar a divulgação de informação útil em saúde pública à população, não só relativamente a recomendações de programas específicos de promoção da saúde e prevenção da doença, mas igualmente dos recursos existentes ou indicadores epidemiológicos;

(Regulamento interno USP ACES PL, 2010).

De acordo com o Enquadramento Normativo da USP ACES PL (2013), os principais programas ou projectos da USP podem subdividir-se nas seguintes áreas:

**A. Epidemiologia:** (Responsabilidade Dr<sup>a</sup> Ana Silva)

Desta área fazem parte a consulta do viajante, o centro de vacinação internacional, a vigilância de epidemiológica das doenças de declaração obrigatória, o programa nacional de vacinação e os programas específicos (vacinação gripe A e gripe sazonal, sarampo, poliomielite, entre outros).

**B. Promoção da saúde:** (Responsabilidade Dr<sup>a</sup> Clarisse Bento e Dr<sup>a</sup> Odete Mendes)

Enquanto área importante em saúde pública, inclui a educação para a saúde com intervenções na comunidade, projetos de promoção da saúde, programa nacional da saúde oral, programa de saúde escolar, programas ou projectos múltiplos nas áreas da saúde ou dirigidos a grupos específicos (ex: Diabetes).

**C. Planeamento em saúde:** (Responsabilidade Dr. Rui Passadouro)

Com uma responsabilidade partilhada com o ACES, inclui o observatório local de saúde, o planeamento dos serviços de saúde, para além da elaboração de diagnósticos de situação, planos de actividade e relatórios de execução. Este programa abrange igualmente a colaboração “permanente” com os órgãos de gestão e os profissionais de saúde em formação, nas questões solicitadas pelas hierarquias (MS, DGS, ARS Centro), meios académicos ou média.



#### **D. Saúde ambiental:** (Responsabilidade Dr. Jorge Costa)

Remete para programas de vigilância sanitária de todos os estabelecimentos e locais que possam interferir com a saúde pública como por exemplo: estabelecimentos de restauração e bebidas, fabrico de pão, unidades de venda ambulante, estabelecimentos termais, industriais, comerciais, ensino, piscinas, entre outros.

#### **E. Autoridade de saúde:** (Responsabilidade Dr. Jorge Costa)

Em colaboração com as equipas operativas da USP, assegura-se a intervenção oportuna e discricionária do estado em situações de grave risco para a saúde pública, competindo a vigilância das decisões dos órgãos e serviço operativos.

Com actividades previstas em legislação vária, as atribuições legais passam por: análise de projectos e elaboração de pareceres técnicos para licenciamento ou funcionamento de estabelecimentos; participação em vistorias e reuniões de trabalho e comissões institucionais; verificação domiciliária de doenças; juntas médicas; análise e emissão de mandatos de condução para avaliação psiquiátrica e eventual internamento compulsivo; formação profissional (idoneidade formativa para os profissionais de saúde pública: médicos, enfermeiros e técnicos de saúde ambiental); entre outros.

#### **F. Outros:**

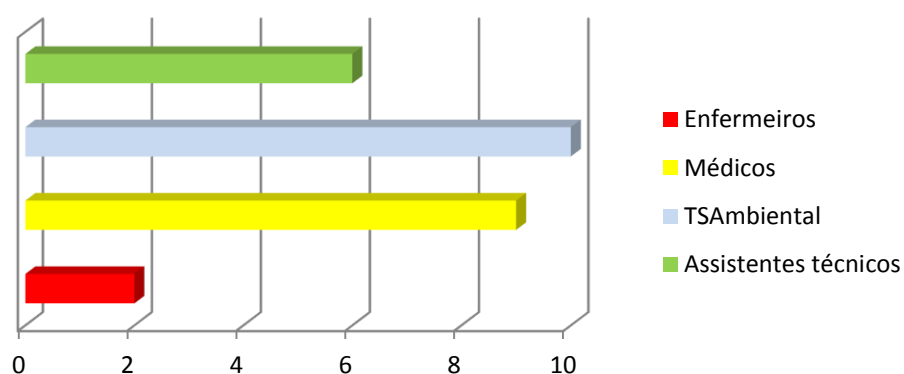
Com o envolvimento de todos os profissionais, existem outras intervenções que passam pela colaboração no serviço de saúde ocupacional do ACES, responsabilidade pelo centro de atendimento a adolescentes de Leiria, consulta de alcoolismo de Pombal, responsabilidade pelo laboratório de saúde pública de Leiria, programa SIRAPA (gestão informática de resíduos), comissão de controle de infecção, entre muitos outros.

Mediante o enquadramento legal, a USP enquanto unidade multidisciplinar, deve ser constituída por: enfermeiros (de preferência com especialidade na área), médicos de saúde pública, técnicos de saúde ambiental, assistentes técnicos, higienistas orais e nutricionistas. O coordenador da unidade, médico, é também o delegado de saúde do respetivo ACES. A USP do ACES PL, tendo como coordenação o Dr. Jorge Costa, é constituída por uma equipa de: 2 enfermeiros, 9 médicos, 10 técnicos de saúde ambiental e 6 assistentes técnicos, tal como ilustrado no Quadro nº2 e Gráfico nº3.

Quadro nº2 - Distribuição atual dos recursos humanos na USP do ACES PL

Concelho	Classe profissional			
	Enfermeiros	Médicos	TSAmbiental	Assistentes técnicos
Leiria	2	4	4	3
Porto de Mós	0	1	1	1
Pombal	0	2	2	1
Batalha	0	1	1	1
Marinha Grande	0	1	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>6</b>

Gráfico nº4 - Distribuição atual dos recursos humanos na USP do ACES PL



Situação similar a outras unidades ou contextos de saúde, a carência de recursos humanos é uma realidade, pelo que dos 12 enfermeiros previstos no quadro de pessoal da USP do ACES PL, existem apenas 2 (Sr.ª Enf. Esp. Fátima Soares e a Sr.ª Enf. Dina Pascoal).

### **3- PLANEAMENTO EM SAÚDE**

Ao considerar o contexto social, económico e político dos últimos anos, denota-se uma preocupação crescente pela promoção da saúde e prevenção da doença, com a finalidade de ampliar os ganhos em saúde. Neste sentido, surgem assim desafios e requisitos ao exercício profissional dos enfermeiros, principalmente aos especialistas em enfermagem comunitária, para a otimização de competências no contexto do planeamento estratégico em saúde, enquanto procedimento que envolve a fase do diagnóstico da situação do estado de saúde de grupos e comunidades.

Evidenciado na Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, artigo 80º, existe um “dever para com a comunidade” por parte do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, relativamente à promoção da saúde e à resposta harmonizada face às necessidades em cuidados de enfermagem, adotando a incumbência de conhecer as necessidades da comunidade em que se insere.

O planeamento em saúde constitui a racionalização do uso de recursos escassos, com vista ao cumprimento dos objetivos definidos, atentando à diminuição dos problemas de saúde ponderados como prioritários, o que acarreta a organização e coordenação de esforços procedentes das diversas áreas socioeconómicas (Imperatori e Giraldes, 1993). É considerado uma ferramenta que permite compreender a realidade, fornecendo os instrumentos para tomada de decisão fundamentada.

Planear em saúde é uma atividade fundamental, dado que possibilita a gestão da escassez de recursos, intervindo na origem do problema, através da definição de prioridades, evitando assim intervenções dissipadas, possibilitando o uso versátil de equipamentos e/ou de infraestruturas, e tendo em conta a crescente evolução ao nível da saúde, consentindo também a inclusão célere de alterações na prestação de cuidados. Enquanto processo que integra diversas fases, destacam-se o diagnóstico de situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e, por fim a Avaliação (Imperatori e Giraldes, 1993).

#### **3.1- DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO E DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES**

O diagnóstico de saúde, enquanto primeira etapa do planeamento em saúde, comporta um procedimento exigente de avaliação multicausal dos determinantes da saúde, que persuadem

os processos de saúde/doença de grupos e/ou comunidade, permitindo desta forma, alcançar um conhecimento efetivo dos mesmos, através da identificação dos problemas de saúde, definição e priorização das necessidades ou problemas identificados, formulação de objetivos e soluções aceites pelos intervenientes. É ainda essencial a participação ativa das comunidades nas tomadas de decisão que lhes dizem respeito em matéria de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

A temática em estudo foi considerada pertinente pela USP por ir ao encontro do diagnóstico já realizado nesta Unidade, tendo por base o plano de prevenção e resposta para as infeções respiratórias Outono/Inverno 2015 emanado pela DGS, juntamente com as orientações do Ministério da Saúde para junto de cada ARS e respetivos serviços se observarem os cuidados de saúde no que respeita aos lares de idosos, nomeadamente:

- Promover e assegurar a vacinação contra a gripe na totalidade dos lares da respetiva área de intervenção;
- Verificar, em colaboração com a segurança social, o cumprimento de cuidados médicos e de enfermagem nos lares de idosos;
- Promover junto dos lares a indagação de cuidados de saúde nos doentes com infeção respiratória a fim de prevenir o contágio junto das outras pessoas internadas;
- Diligenciar junto dos lares a procura imediata de cuidados de saúde nos doentes com queixas de dor torácica de início súbito e febre elevada de modo a permitir o diagnóstico e tratamento precoces de pneumonia, se aplicável.

(Ministério da Saúde, 2014)

No seguimento do exposto, salientam-se os 3 eixos do plano de prevenção e resposta para as infeções respiratórias Outono/Inverno 2015, nomeadamente: informação em saúde/vigilância epidemiológica; prevenção, contenção e controlo; e comunicação. O projeto de intervenção comunitária “Rumo ao Bem-Estar”- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD, tem a sua inserção nos 3 vetores, na medida em que procura dar resposta ao seguinte objectivo do plano: “garantir circuitos de comunicação entre os serviços do sistema de saúde e outros parceiros, para a rápida, transparente, consistente e efetiva divulgação de informação adequada a diferentes populações alvo” (PPRIOI-2015: 6).

Uma vez que “o aparelho respiratório está estreitamente ligado aos sistemas vascular, nervoso e muscular estando sujeito às consequências das doenças crónicas” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995), para prevenção das infeções respiratórias nos idosos, em virtude da depressão do seu sistema imunitário, logo maior susceptibilidade, é assim enfatizado pela DGS através do PIRI-2015 e pela Fundação Portuguesa do Pulmão (2015) os seguintes aspetos a ter em

consideração pelos profissionais: higienização das mãos, higiene oral, alimentação, hidratação, atividade física, repouso, posicionamentos e ambiente com temperatura adequada.

Com o designado Projeto, ambiciona-se melhorar o nível de saúde dos utentes dependentes, com um aumento dos conhecimentos teóricos e práticos dos AAD que prestam cuidados com uma implicação de uma forma direta ou indireta a nível respiratório, indo ao encontro do preconizado no Plano e do programa epidemiológico da própria USP, onde este se insere ao nível da prevenção das doenças respiratórias com uma formação em saúde de carácter abrangente.

### 3.2- OBJETIVOS, ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

Identificadas e priorizadas as necessidades e problemas reais/sentidos pela população, emerge nesta fase do planeamento o âmbito do projeto a executar.

Partindo de uma motivação pessoal e conjugando a necessidade formativa com os projetos da própria USP, desenvolve-se um projeto que tem implícito um envolvimento comunitário para a maximização do nível de conhecimento em matéria de saúde.

Com o conhecimento do local de estágio, no Anexo II é incluído o plano de atividades no qual estão presentes os objectivos gerais e específicos, atividades e estratégias metodológicas, para alcançar as metas definidas no guia orientador do ensino clínico.

#### **3.2.1- Projeto de intervenção: “Rumo ao Bem-Estar”- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD**

Um projeto de intervenção em saúde é um documento orientador pormenorizado com ações, devidamente alicerçadas, a serem desenvolvidas, com a finalidade de responder às necessidades de saúde identificadas e que visam promover a qualidade de vida e ampliar o nível de saúde de uma dada população, através do reforço do envolvimento comunitário na resolução dos problemas identificados, decorrendo num período bem delimitado de tempo (Tavares, 1990).

O projecto de intervenção comunitária designado de “Rumo ao Bem-Estar”, concilia os significados das palavras “Rumo” – nome masculino – sinónimo de direcção, destino, orientação (InfoPédia, 2015) e “Bem-Estar” – substantivo masculino – associado a conforto, satisfação, tranquilidade ou situação agradável do corpo e do espírito (Priberam, 2013). Procurando o caminho certo para o bem-estar físico, mental e social, engloba os cuidados de higiene e conforto

aos utentes dependentes, de forma a melhorar o estado de saúde no seu sentido mais amplo e de maneira ativa, satisfazendo assim as necessidades de existência.

#### 3.2.1.1- Enquadramento do projeto

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), compete ao enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde Pública, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção tendo em vista a resolução dos problemas identificados e posteriormente, a sua avaliação, liderar processos comunitários para capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania, bem como participar na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde (OE, 2010).

Tendo presente o diagnóstico realizado no estágio I, onde sobressaíram no estudo vários diagnósticos de enfermagem relacionados com a higiene e conforto, de acordo com o referencial teórico de Betty Neuman, para o grupo populacional (AAD com necessidades de formação), há a recordar:

- **Risco de rutura da linha de defesa do grupo populacional**, evidenciado pelo facto de, entre os 39 AAD estudados, 15,4% não possuírem formação na área à pessoa dependente; 33,4% considerarem ter um nível de formação abaixo de bom (insuficiente e suficiente); e 25,6% não exercerem a atividade profissional de AAD segundo escolha pessoal.
- **Rutura da linha de defesa do grupo populacional**, demonstrado por 80,5% não efectuarem ou incentivarem à higiene oral; 71,8% referirem dificuldade no uso de equipamentos adaptativos; e 59% apresentarem dificuldade no banho na cama.

No contexto do estágio atual, existindo a necessidade de se observarem os cuidados de saúde respeitantes às instituições que apoiam pessoas com dependência, o projecto “Rumo ao Bem-Estar” procura dar resposta às necessidades formativas dos AAD. De forma a consolidar o projeto, foram igualmente feitas entrevistas a informantes-chave, sendo destacada, à semelhança do campo de estágio I, os cuidados de higiene e conforto como área de intervenção prioritária.

Embora não sendo uma situação nova em estudos já realizados, como o de Barbosa, *et al* (2011), a formação profissional continua a ser destacada como um alicerce, que por limitar o desempenho dos indivíduos, consolida a existência de uma relação direta entre a formação e o rendimento profissional. Para os AAD, esta formação é capital para a obtenção de competências e saberes, pois enquanto profissão, com uma forte natureza relacional, o desenvolvimento dos

vários saberes, são indispensáveis para um bom desempenho profissional. Só mediante uma formação coesa e estruturada é possível aumentar a produtividade, melhorar a motivação e participação, facilitar a comunicação, contribuir para a resolução de problemas e alcançar níveis de qualidade de cuidados (Jacob, 2002).

No seguimento do descrito e procurando enquadrar a temática, é importante ter presente que a noção de dependência, frequentemente associada a debilidade, fragilidade ou fraqueza, é visto como uma sensibilidade da pessoa face aos estímulos ambientais. Habitualmente, a situação está presente em pessoas com uma conjugação de doenças ou limitações funcionais que diminui a capacidade de adaptação aos stressores causados por doenças de carácter agudo, crónico, internamentos ou outras situações de risco (Caldas, 2003). Para Vilão (1995), a dependência é uma limitação do indivíduo para adoção de comportamentos ou execução de tarefas, que lhe permitam obter um nível aceitável de satisfação das suas “necessidades humanas básicas”, tendo assim de recorrer ao outro para que essas sejam satisfeitas, em situação de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência. Por outras palavras, assume-se assim como o resultado de uma deficiência e/ou de uma incapacidade/limitação da atividade, constituindo uma desvantagem social/limitação da participação, que leva à necessidade de auxílio de terceiros para a execução de determinadas atividades (Botelho, 2000).

A dependência apesar de poder acontecer em qualquer faixa etária, a sua prevalência aumenta com a idade, resultado do envelhecimento em si, que propicia o desenvolvimento de doenças crónicas que podem levar a diferentes níveis de dependência como a física, psíquica, económica ou social (Araújo, 2010). A influência do exterior, entendido como o ambiente que provê a assistência adequada e as condições favoráveis, poderá levar à diminuição do grau de dependência ou até mesmo atingir a independência nas (Caldas, 2003; Sobral, 2006; Cerqueira, 2006).

Existe actualmente um conjunto de respostas sociais de apoio para pessoas em situação de carência e desigualdade socioeconómica, dependência e vulnerabilidade social, tendo como objetivo promover a autonomia, a integração social e a saúde. Em função das necessidades e do nível de autonomia, podem dividir-se em: SAD, centro de dia, centro de noite, centro de convívio, acolhimento familiar para pessoas idosas (“Famílias de acolhimento”) e estrutura residencial para pessoas idosas (“Lares de Idosos”) (GPASI SS, 2013).

Segundo Carvalho (2009), esta rede de estruturas sociais têm como preocupação a manutenção da pessoa dependente no seu quadro habitual de vida, como meio necessário e fundamental ao seu melhor equilíbrio e bem-estar, procurando proporcionar cuidados que satisfaçam as necessidades básicas dos utentes. Podendo assumir três tipos de gestão, surgem

assim as entidades públicas totalmente geridas pelo Estado através do orçamento de estado, as IPSS e as entidades privadas, variando a oferta de serviços de acordo com as instituições.

De acordo com a temática em estudo, teve-se em consideração a estrutura residencial para idosos e o SAD das IPSS, emergindo os conceitos subjacentes.

As IPSS, enquanto parceria entre público e privado, são instituições sem fins lucrativos geridas por uma direção local de responsabilidade privada ou eclesial, com o objetivo de dar “expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico” (Cases, 2014; Romão, 2002). Os serviços providenciados têm a sua visibilidade nos equipamentos sociais, enquanto respostas de natureza residencial, ambulatória ou mista (Jacob, 2002).

Segundo o Despacho Normativo nº 12/98, de 25 de Fevereiro, a estrutura residencial para pessoas idosas, independentemente da gestão associada, são estabelecimentos em que são realizadas atividades de apoio social a pessoas dependentes, através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de higiene e conforto e de saúde, estimulando-se igualmente o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes. As residências são assim como uma comunidade, em que se espera que todas elas tenham como finalidade assegurar um ambiente onde todos se sintam em harmonia e compreensão recíprocas – os que vivem, os que trabalham e os que dão a sua ajuda voluntária (SNRIPD, 2006). Subjacente a esta estrutura está o conceito de institucionalização, surgindo quando o idoso está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família, sendo denominado de residente institucionalizado quando vive em permanência numa instituição, lar ou residência (Reis, 2012).

O SAD funciona como uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência, velhice ou outro impedimento, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária (Carta Social, 2012). Ao ser assegurado pelos AAD o SAD é na maioria das vezes o recurso encontrado para os cuidados de higiene e conforto, confeção ou entrega de refeições, limpeza e arrumação da habitação, entre outros. Ao consentir a possibilidade de continuidade e usufruto do conforto do lar pela pessoa alvo de cuidados, pressupõem a coresponsabilização de vários agentes formais e informais, uma vez que a sua filosofia de base apela à corroboração e não à substituição (Deco-Proteste, 2014; Pimentel, 2001).

Pela história dos costumes no decurso do processo de civilização, a pessoa é desde cedo educada para se autonomizar e para realizar os cuidados de higiene e conforto (ex: banho) num espaço privado, localizado usualmente numa área mais recuada da casa e de acesso restrito, o



que edifica uma indicação da privacidade a que estes cuidados foram remetidos (Elias, 2006; Vigarello, 1988). Descrevendo de outra forma, enquanto actividades da vida do quotidiano que pertencem à esfera da vida privada, são cuidados que cada um realiza por si, de modo isolado e sem que haja interferência de terceiros.

Consequência da dependência, os cuidados de higiene e conforto ao serem prestados por outra(s) pessoa(s) -AAD-, mesmo que executados num espaço reservado e de acesso limitado, implicam uma afectação na privacidade da pessoa, remetida pelo processo de cuidados. Outrora feitos por si e realizados numa divisão própria, que lhe proporciona conforto, segurança e à vontade, quando dependente, vão ter de ser feitos com a ajuda de alguém que é um desconhecido, perdendo-se a privacidade do espaço e do corpo (Salvado, 2010).

Segundo autores como Potter e Perry (2006) e Hallouet, *et al*, (2006), os cuidados de higiene e conforto são um conjunto de práticas que visam sucintamente a limpeza e cuidado ao corpo, ajudando no bem-estar geral da pessoa, seu restabelecimento, segurança, conforto e manutenção da auto-estima. São realizados tendo em consideração a idade e estado da pessoa, no que diz respeito à capacidade de cuidar da sua higiene, bem como aos recursos humanos e materiais necessários, podendo este, ser prestado no leito ou em locais específicos (Pauchet-Traversat, *et al*, 2003). “Onde o que parece ser uma tarefa, passa a ser uma atividade complexa com objetivos que vão para além da limpeza da pele, ou seja, do simples executar no sentido de dar o banho” (Fonseca, 2013: 20).

A maioria dos utentes acompanhados pelos AAD, são idosos com um nível de dependência elevado para a satisfação dos cuidados de higiene e conforto, devido ao processo de envelhecimento e/ou à situação de doença, tendo a manter-se ou agravar-se com o decorrer do tempo. A incerteza quanto à evolução da sua doença e aos efeitos que dela podem advir, a dor e o sofrimento que ela causa e a imprevisibilidade de um futuro pela ameaça da vida, são vivências que os confrontam com a vulnerabilidade da sua condição humana (Salvado, 2010).

Estando incluído na temática abordada os cuidados referente à pele, aos cabelos, à barba, às unhas, à higiene íntima, a execução dos posicionamentos e transferências, a actividade física, o repouso e a alimentação, é salientada a importância da explicação antes da execução dos cuidados, a adequação do ambiente à situação e o respeito pela privacidade e individualidade. Está assim subjacente uma individualidade, consideração, atenção e cordialidade pela pessoa humana no seu todo, para que seja entendida como única.

Cuidar de uma pessoa dependente, exige por parte do profissional, uma motivação ímpar e um nível de conhecimento teórico e prático apropriado. Só mediante a conjugação dos vários saberes, é possível prestar cuidados à pessoa dependente com a dignidade que merece existir.

É partindo do pressuposto que a formação ao nível dos cuidados de higiene e conforto poderá influenciar positivamente o nível de cuidados prestados, que o projecto “Rumo ao Bem-Estar” têm a sua origem.

Na ausência de um documento orientador, unânime a nível nacional, para a formação específica dos AAD, considerou-se que existe aplicabilidade do Plano Nacional de Saúde (2012-2016) na medida em que dá ênfase ao fortalecimento de instrumentos de padronização (standards) para a promoção da qualidade relacionados com procedimentos clínicos, informação, indicadores de qualidade, monitorização e avaliação e formação serviços e instituições. Neste sentido deverão ser promovidas “ações de formação sobre Qualidade em Saúde nas organizações de saúde, dirigidas para a utilização de normas e orientações segundo a mais atual evidência científica” (PNS, 2012-2016: 49).

Na mesma linha de raciocínio, o Plano Nacional de Saúde dos Cuidados Continuados Integrados (2011-2016) refere que a formação contínua é uma área a investir por promover o desenvolvimento de competências das diversas profissões, tornando real a “abordagem interdisciplinar de articulação intersectorial e interinstitucional que se constitui um pilar de desenvolvimento da estratégia de qualidade” (PNSCCI, 2011-2016: 35). Deve haver assim uma “formação específica e permanente dos diversos profissionais envolvidos na prestação dos cuidados continuados integrados” (PNSCCI, 2011-2016: 35).

Publicado em 2002, o Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento, chama à atenção que se devem “iniciar e promover programas de educação e formação para profissionais da saúde e dos serviços sociais e ainda de pessoas que atendam a outros num contexto informal com respeito aos serviços e a atenção aos idosos” (PAIE, 2002, 60), com numa vertente de educação continuada.

Ao ser autenticada a área dos cuidados de higiene e conforto como foco de atenção, consideram-se estar criados os principais alicerces para o projecto “Rumo ao Bem-Estar”. Consistindo num curso de formação dividido em 6 módulos, envolvendo os AAD de uma IPSS, procura a aquisição e reforço de competências teóricas e práticas, permitindo a partilha de saberes e experiências e desenvolvendo uma consciência crítica dos cuidados prestados, para dar respostas adequadas à pessoa dependente nas suas vertentes física, mental, social e espiritual. Tal como defendido por Stanhope e Lancaster (1999), a integração de experiências passadas permite a interiorização de que a vida teve significado, e isto capacita o indivíduo para o desenvolvimento perante situações de desequilíbrio.

Fornecendo o suporte teórico para os cuidados de enfermagem, foi escolhido o modelo de Betty Neuman por considerar a enfermagem como uma profissão única, capaz de identificar as variáveis que podem influenciar a pessoa. Ao dar ênfase à comunidade enquanto cliente, tem em

vista a correcção das variações do bem-estar com posterior avaliação do efeito da intervenção (Amaral, 2009).

#### 3.2.1.2- Metodologia

Com um horizonte temporal de 6 semanas, o curso de formação sobre a temática dos cuidados de higiene e conforto, será desenvolvido em 6 módulos, de 2 horas cada, suportados por instrumentos expositivos que fomentam a participação ativa dos intervenientes, perspetivando aumentar o nível de conhecimentos teóricos e práticos dos AAD com necessidades formativas.

Os recursos necessários implicam a afetação da sala de formação da USP, que em impossibilidade, será substituída pela respetiva sala da IPSS envolvida. Dependendo do número de interessados (até 13 formandos), constituir-se-á um grupo até ao preenchimento das vagas disponíveis. O horário previsto será entre as 15h e as 17h e fará parte do horário de trabalho do enfermeiro e dos próprios AAD, se a instituição manifestar o seu interesse.

#### 3.2.1.3- População alvo e Parcerias

Uma população pode ser entendida como um conjunto de indivíduos ou outros elementos, tendo em comum uma ou mais características semelhantes segundo critérios definidos (Fortin, 1999).

No estudo de uma população é necessário definir de forma precisa quem irá ser estudado, e consequentemente os indivíduos que a constituem, ou seja, a população alvo. “A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 1999: 202).

No âmbito do projeto em questão, considera-se como população alvo os AAD da IPSS AMITEI que prestam cuidados na ERPI e em SAD. A escolha da unidade fez-se por proximidade física da USP e acessibilidade.

Para o presente projeto foram estabelecidas 3 parceiras, destacando-se: IPSS AMITEI (instituição de onde provêm os AAD que realizam o curso), 1 Enfermeira Especialista em Reabilitação (para apoio ao módulo 3: posicionamentos, transferências, uso de ajudas técnicas e trabalho em equipa) e 1 Assistente Social (para apoio ao módulo 4: dimensão psicossocial de um utente dependente).

#### 3.2.1.4- Atividades propostas

O projeto de intervenção proposto é na sua essência um processo formativo intencional desenvolvido pelo enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, que pretende, de forma dinâmica, formar os AAD sobre a natureza dos cuidados de higiene e conforto como forma de melhorar a qualidade de vida, prevenindo complicações, em utentes dependentes.

Ambicionando levar a mudanças no conhecimento, compreensão e forma de refletir dos AAD, o enfermeiro influencia a clarifica valores, mudanças de atitudes e comportamentos no nível de cuidados prestados por estes. Sendo que a formação é feita com e não para as pessoas, tem subjacente um método contínuo e uma relação de proximidade, em que o comunicar, apoiar, escutar, motivar, integrar, capacitar, são os alicerces para o envolvimento e participação da população alvo durante todo o percurso.

Tendo como finalidade procurar obter um melhor nível de saúde dos utentes dependentes acompanhados pela IPSS, foram definidos os seguintes objetivos:

**Geral:**

- Melhorar o nível de conhecimentos teóricos e práticos dos AAD da IPSS AMITEI, em contexto de SAD e ERPI, sobre os cuidados de higiene e conforto à pessoa dependente.

**Específicos:**

- Sensibilizar a comunidade e os AAD para a importância dos cuidados de higiene e conforto;
- Divulgar e operacionalizar o curso “Rumo ao Bem-Estar”.
- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos AAD através de formação organizada de acordo com as necessidades identificadas, conducente à alteração de comportamentos;
- Avaliar a eficácia das intervenções desenvolvidas através de indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem.

Quadro nº 3 - Atividades propostas para o Projeto “Rumo ao Bem- Estar”- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	ONDE?	QUEM?/ QUANDO?	AVALIAÇÃO
<p>- <b>Sensibilizar a comunidade e os AAD para a importância dos cuidados de higiene e conforto.</b></p> <p>- <b>Divulgar e operacionalizar o curso “Rumo ao Bem-Estar”.</b></p>	<p>- Apresentação e divulgação do projeto “Rumo ao Bem-Estar”.</p>	<p>- Reunião para apresentação e discussão do projeto de intervenção.</p> <p>- Reformulação/reorganização do projeto de intervenção (atividades e datas).</p> <p>- Elaboração do folheto “Como Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto?”</p> <p>- Visita à IPSS no sentido de motivar e envolver a população alvo para participar no projeto.</p>	<p>- USP e IPSS.</p>	<p>- Mestrando, equipa multidisciplinar da USP, diretora técnica da IPSS e AAD. (Fevereiro e Março)</p>	<p><b>Indicador de atividade:</b></p> <p>- Folheto produzido para sensibilização da temática e divulgação do curso de formação.</p> <p><b>Indicador de resultado de atividade e meta:</b></p> <p>- % de formandos inscritos no curso: 100%.</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS	ONDE?	QUEM?/ QUANDO?	AVALIAÇÃO
- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos AAD através de uma formação organizada de acordo com as necessidades identificadas, conducente à alteração de comportamentos.	- Realização do curso de formação de acordo com um plano de estudos definido (12 horas).	<p>- Desenvolver a temática dos cuidados de higiene e conforto com uma divisão em 6 módulos: 1-formação profissional, envelhecimento, dependência, necessidades humanas básicas; 2-pele, higienização das mãos, banho, higiene íntima, cuidados com os cabelos, barba, unhas e higiene oral; 3- posicionamentos, transferências, ajudas técnicas e trabalho em equipa; 4-dimensão psicossocial do utente dependente, atividade física, sono e repouso e alimentação; 5-aula prática em contexto de cuidados; 6-apresentação de trabalhos de grupo.</p> <p>- Adequar o processo educativo ao grupo etário e nível cultural.</p> <p>- Visualização de vídeos alusivos à temática.</p> <p>- Uso de metodologia expositiva com recurso ao videoprojetor.</p> <p>- Execução de trabalhos de grupo pelos AAD, segundo temáticas do próprio interesse, na área em estudo, a apresentar em dia definido e acordado com os formandos. Uso de metodologia construtivista.</p>	- USP	- Mestrando, AAD, Enf. Esp em reabilitação e assistente social. (Março, Abril e Maio)	<p><b>Indicador de resultado de atividade e meta:</b></p> <p>- % de sessões do curso realizadas: 100%;</p> <p>- % de assiduidade e participação dos formandos inscritos no curso: 65%.</p> <p><b>Indicador de atividade:</b></p> <p>- Trabalhos de grupo realizados pelos formandos.</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS	ONDE?	QUEM?/ QUANDO?	AVALIAÇÃO
<p>- Avaliar a eficácia das intervenções desenvolvidas através de indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem.</p>	<p>- Análise dos resultados obtidos na ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final;</p> <p>- Apreciação dos resultados referentes à ficha de aferição do curso de formação;</p> <p>- Análise da implementação do projeto pela equipa da USP e Diretora Técnica da IPSS;</p> <p>- Elaboração de um póster informativo do curso.</p>	<p>- Aplicação de uma ficha de avaliação de conhecimentos no início e no final do curso;</p> <p>- Preenchimento de um formulário de aferição do curso de formação;</p> <p>- Auscultação/validação da implementação do projeto com os AAD;</p> <p>- Reunião com a equipa multidisciplinar para: divulgação dos resultados da avaliação dos AAD, análise crítica do trabalho desenvolvido e possibilidade de reaplicação futura;</p> <p>- Entrega do certificado de presença/frequência do curso de formação “Rumo ao Bem-Estar” a cada formando que tenha estado em 65% das formações.</p> <p>- Envolvimento da USP e da IPSS na realização de um póster que retrate o percurso efetuado;</p> <p>- Construção de indicadores de avaliação;</p> <p>- Reformulação dos objetivos, estratégias e projeto com base na variação atingida.</p>	- USP	<p>- Mestrando, equipa da USP, diretora técnica da IPSS, professora orientadora e AAD. (Maio e Junho)</p>	<p><b>Indicador de resultado de atividade e meta:</b></p> <p>- % de melhoria no nível de conhecimento dos formandos na classificação final: 10%;</p> <p>- % de formandos que consideram que através do curso o seu desempenho profissional irá melhorar: 65%;</p> <p>- % de formandos que classificam o desempenho do formador como Bom: 65%;</p> <p>- % de formandos que classificam globalmente o curso como Bom: 65%;</p> <p><b>Indicador de atividade:</b></p> <p>- Póster informativo do curso.</p>

### 3.2.1.5- Avaliação e controlo

Como forma de se proceder à avaliação e controlo dos objetivos e atividades planeadas, foram definidos indicadores. A avaliação, contínua ao longo do processo, será feita desde o início até ao final da implementação do projeto, assumindo um caráter concomitante e retrospectivo de tipo quantitativo e qualitativo.

Um indicador, enquanto instrumento de medida das variáveis em estudo, representa uma ligação entre uma situação e a população em risco (Tavares, 1990).

Neste sentido tendo em consideração os objetivos propostos, definiram-se os seguintes indicadores de atividade e de resultado de atividade, incluindo-se neste últimos as metas pretendidas:

Atividade:

- Folheto produzido para sensibilização da temática e divulgação do curso;
- Trabalhos de grupo realizados pelos formandos;
- Póster informativo do curso.

Resultado de atividade:

- % de formandos inscritos no curso: 100%;
- % de sessões do curso realizadas: 100%;
- % de assiduidade e participação dos formandos inscritos no curso: 65%;
- % de melhoria no nível de conhecimento dos formandos na classificação final: 10%;
- % de formandos que consideram que através do curso o seu desempenho profissional irá melhorar: 65%;
- % de formandos que classificam o desempenho do formador como Bom: 65%;
- % de formandos que classificam globalmente o curso como Bom: 65%.

Relativamente ao orçamento para a implementação deste projeto, não existirá encargos financeiros significativos, pois o curso de formação decorrerá na sala da USP destinada para o efeito, os documentos informativos a fornecer aos formandos serão impressos e fotocopiados na USP e não haverá qualquer remuneração/pagamento de honorários aos formadores do curso, por pertencerem à unidade.



#### **4- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O resultado da interceção dos três domínios: conhecimento, habilidade e atitude, levará a que um profissional tenha a competência que garanta o respeito pelo outro, bom senso e capacidade de ajuda, inculcando o entusiasmo e participação ativa numa equipa de trabalho, assegurando que esta tenha uma identidade e espírito vencedor, traduzindo-se inevitavelmente em necessidade formativa. A formação, com uma componente teórica e prática, conduz ao crescimento pessoal e do grupo, “preparando para a aprendizagem cooperativa, com inter-relacionamento complexo de pessoas, culturas e papéis organizacionais” (Baptista, 2012: 37).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária ao estar em permanente contato com a comunidade, conhece as suas necessidades, devendo assim agilizar intervenções personalizadas e dirigidas a cada contexto. Com o estabelecimento de parcerias e liderança na implementação, monitorização e avaliação de ações de informação, formação e boas práticas, gerando sinergias e metodologias de intervenção noutros sectores que concorram para a saúde e bem-estar, pretende-se a maximização de respostas às reais necessidades e interesses da população.

Uma vez identificadas as necessidades formativas dos AAD, o projeto pretende ser parte da solução para melhoria dos cuidados prestados por estes profissionais, ao abordar aspectos da sua prática profissional diária, contribuindo assim para a promoção da qualidade de vida e bem-estar dos utentes dependentes.

De uma forma detalhada, este instrumento de mudança, permitiu a reflexão, análise e organização das atividades e recursos fundamentais para a concretização das metas aclaradas. De destacar o caráter dinâmico do mesmo, suscetível de alterações sempre que necessário e se possibilitem oportunidades de aprendizagem, levando a uma melhor e mais eficaz formação e desenvolvimento pessoal e profissional.

## 5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, M. (2009). Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém nascidos prematuros internados, a visão das enfermeiras. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Araújo, I. (2010). Cuidar da família com um idoso dependente, formação em enfermagem. Tese de doutoramento em Ciências de enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Baptista, N. (2012). Dificuldades do cuidador formal de pessoas de pessoas idosas dependentes no domicílio- Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Barata, M., Nunes, P., Gagueiro, S., & Pinto, J. (2009). A Terceira Idade. Disponível em: <http://terceiridade.weebly.com/>.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A. e Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais, Revista Psicologia, Saúde & Doenças, 12 (1), pp. 119-129.
- Berger, L., Mailloux-poirier, D. (1995). Pessoas idosas : uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta.
- Botelho, M. (2000). Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em utentes de um centro de saúde urbano. Porto: Bial.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cadernos de Saúde Pública, 19(3), p.773-781.
- Carta Social (2012). Elementos Quantitativos - Gabinete de Estratégia e Planeamento. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Lisboa. Disponível em <http://www.cartasocial.pt/>.
- Carvalho, M. (2009). A política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social: risco ou proteção efetiva? Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal. Disponível em: [http://locussocial.CESSS-UCP.COM.PT/page6/files/artigo-007c-paper\\_carvalho\\_ls\\_00232.pdf](http://locussocial.CESSS-UCP.COM.PT/page6/files/artigo-007c-paper_carvalho_ls_00232.pdf).
- Cases (2014). Identidade das IPSS. Disponível em: <http://www.cases.pt/ipss/identidade-das-ipss>.
- Cerqueira, M., Figueiredo, D. e Sousa, L. (2006). Envelhecer em Família. Porto: Âmbar.

- Cimregiaodeleiria (2015). Comunidade Intermunicipal Pinhal Litoral, Rede Urbana para a Competitividade e Inovação- Pinhal Litoral. Disponível em: [http://ruci.cimregiaodeleiria.pt/sobre\\_EN.htm](http://ruci.cimregiaodeleiria.pt/sobre_EN.htm).
- Comunidade Intermunicipal do Pinhal Litoral (2013). Caraterização Pinhal Litoral. Disponível em: [http://www.cimregiaodeleiria.pt/index.php/area-reservada/caraterizacao\\_pinhallitoral](http://www.cimregiaodeleiria.pt/index.php/area-reservada/caraterizacao_pinhallitoral).
- Deco Proteste (2014). Apoio domiciliário a idosos. Disponível em: [www: <URL: http://www.deco.proteste.pt/saude/apoio-domiciliario-a-idosos-s486611.htm>](http://www.deco.proteste.pt/saude/apoio-domiciliario-a-idosos-s486611.htm).
- Decreto-Lei nº 414/99. *Diário da República nº 141/15 de Outubro – 1ª Série A*. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2014). Plano de prevenção e resposta para as infeções respiratórias para o outono/inverno 2014/2015. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes /infecoes-respiratorias-20142015-plano-de-prevencao-e-resposta-para-o-outono-inverno.aspx>.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde (2012-2016). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Elias, N. (2006). O processo civilizacional (2ª ed.). Lisboa: Dom Quixote
- Enquadramento Normativo da USP ACES PL (2013). Documentos internos do ACES Pinhal Litoral- Enquadramento normativo da Unidade de Saúde Pública.
- Fonseca, E. (2013). Cuidados de higiene-banho: significados nos cuidados de enfermagem. Perspetiva dos enfermeiros. Porto: Universidade do Porto- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Fortin, M. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. 1ª Edição. Loures: Lusociência.
- Fundação Portuguesa do Pulmão. Prevenção de Infeções Respiratórias. Disponível em: [http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/prevencao\\_infeccoes.html](http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/prevencao_infeccoes.html).
- Hallouet, P., Eggers, J., Malaquin-Pavan, E. (2006). Fichas de Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Climepsi Editores.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993), Metodologia do Planeamento da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª Ed., Lisboa.
- Infopedia. (2015). Dicionários da Língua Portuguesa, Infopedia. Disponível em: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/rumo>.

Instituto Nacional de Estatística, (2002). Pinhal Litoral uma caracterização estatística. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_boui=106516&ESTUDOSmodo=2?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=156644135&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=106516&ESTUDOSmodo=2?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156644135&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554) .

Instituto Nacional de Estatística, (2013). Censos 2011- Região Centro. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em: <http://censos.ine.pt/>

Instituto Nacional de Estatística, (2014). Censos 2011- Região Centro. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em: [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=156644135&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156644135&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554).

Instituto da Segurança Social, I.P. (2013). Guia Prático – Apoios Sociais a Idosos. Lisboa: Instituto da Segurança Social.

Jacob, L. (2002). Ajudante sénior: Uma hipótese de perfil de profissional para as IPSS. Dissertação de Mestrado em políticas de desenvolvimento de recursos humanos. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal. Disponível em [www: <URL: http://www.socialgest.pt/\\_dlds/tesedemestradoluis.pdf>](http://www.socialgest.pt/_dlds/tesedemestradoluis.pdf).

Jacob, L. (2004). Serviços para idosos - Portal do Envelhecimento. Disponível em: [www: <URL: http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/servicos-para-idosos.html>](http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/servicos-para-idosos.html).

Lei nº 111/2009. Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., & Agostinho, M. (2010). Plano Nacional de Saúde- Cuidados Continuados Integrados-2011-2016. Évora: Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde.

Meleis, A. (2005) – Theoretical nursing: development and progress. 3.ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

Ministério da Saúde (2014). Orientações internas para os serviços de saúde- Prevenção das doenças respiratórias para o inverno 2015.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Despacho Normativo nº 12/98. – Estabelece normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos. Diário da República, 1ª Série B, (47), 25 de Fevereiro de 1998, p.766-775.

- Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Despacho Normativo nº 62/99. – Aprova as normas que regulam as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos serviços de apoio domiciliário. Diário da República, 1ª Série B.
- Ministério Emprego. Decreto-Lei n.º 30/89 – Disciplina o licenciamento, funcionamento e fiscalização dos estabelecimentos de apoio social com fins lucrativos. Diário da República, 1ª Série, (20), 24 de Janeiro de 1989, p.312-317.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização das Nações Unidas. (2002). Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Pauchet-Traversat, A., Bonnery, E., Gama-Leroy, C. (2003). Cuidados de Enfermagem – Fichas Técnicas: Fundamentos de Enfermagem, Cuidados Técnicos centrados na pessoa cuidada. Loures: Lusociência.
- Perfil de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (2014). Perfil de Saúde ACES PL. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Paginas/ACeSPinhalLitoral.aspx>.
- Pimentel, L. (2001). O Lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto Editora.
- Plano de Desempenho do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral (2015). Plano de Desempenho ACES PL. Disponível em: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/CuidadosPrimarios/Documents/Plano%20de%20desempenho/2015/Plano%20de%20Desempenho%202015%20ACeS%20PL.pdf>.
- Pordata (2014). Base de Dados Portugal Contemporâneo Números dos municípios e regiões de Portugal. Disponível em: [http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Leiria+\(Municipio\)-5610](http://www.pordata.pt/Municipios/Quadro+Resumo/Leiria+(Municipio)-5610).
- Potter, P., Perry, A. (2006). Fundamentos de Enfermagem. Conceitos e Procedimentos. 5ª Edição. Capítulo: 26. Loures: Lusociência.
- Primeram. (2015). Bem-Estar. Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/bem-estar>.
- Queirós A. (2002). Projeto de estágio e relatório final. [Em linha] Évora: Escola Superior de Enfermagem de Évora [Consut. 2011-12-08]. Disponível em [www.anaqueiros.com](http://www.anaqueiros.com).
- Regulamento interno USP ACES PL (2010). Documentos internos do ACES Pinhal Litoral- Regulamento interno da Unidade de Saúde Pública.

Regulamento nº 128/2011, de 18 de Fevereiro (2011). Diário da República- II série n.º35 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Reis, A. (2012). Animação sociocultural na 3ª idade, Um estudo de caso no Lar Nossa Senhora da Conceição Vidago- Tese de Mestrado Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação, área de especialização em animação sociocultural. Chaves. Universidade de Trás os Montes e Alto Douro.

Rocha, M., Vieira, M. e Sena, R. (2008). Desvelando o quotidiano dos cuidadores informais de idoso. Revista Brasileira de Enfermagem, 61(6), pp. 801-808.

Romão, F. (2002). Evolução Histórica das IPSS. Disponível em: <http://portal.ua.pt/thesaurus/default1.asp?OP2=0&Serie=0&Obra=30&H1=2&H2=1>

Salvado, M. (2010). O exercício do poder nos cuidados de enfermagem: os cuidados de higiene. Lisboa: Universidade de Lisboa.

Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (2006). Manual de Boas Práticas para Lares Residenciais de Pessoas com Deficiência. Lisboa: Etigrafe.

Stanhope, M.&, Lancaster, J. (org.) (1999). Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. (4ª ed.) Lisboa: Lusociência.

Tavares, A. (1990). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Viamichellin (2015). Itinerários. Disponível em: <http://www.viamichelin.pt/web/Itinerarios>

Vigarello, G. (1988). O limpo e o sujo. Lisboa: Editorial Fragmentos.

Vilão, O. (1995). Entre a Vida e a Morte: ser doente em fase terminal. Jornadas Entre a Vida e a Morte. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I - Objetivos propostos pela escola**



## **Dirigidos ao Estágio II**

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar em contexto transdisciplinar.
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

## **Dirigidos ao Relatório**

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática;
- Inventariar os recursos necessários à intervenção de enfermagem baseada na evidência;
- Fundamentar as competências desenvolvidas em acção sustentando-as na natureza da enfermagem avançada;
- Avaliar, registar e divulgar os resultados da acção/intervenção de enfermagem produtoras de resultados sensíveis nas pessoas cuidadas

## **ANEXO II - Plano de atividades**

**Objetivos gerais:**

- Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Conceber estratégias de intervenção em cuidados especializados após a análise de situações de saúde/doença da família /comunidade em contexto transdisciplinar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES \ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	ONDE?	QUEM?/ QUANDO?
<b>A. Conhecer o espaço físico, compreender a estrutura orgânica/funcional e integrar a equipa multidisciplinar da USP.</b>  <b>B. Conhecer a comunidade da área de abrangência da USP, identificando necessidades em cuidados especializados e recursos de saúde.</b>	G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.  G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.  G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.	A1. Reunião com a equipa da USP para apresentação e integração na equipa;  A2. Visita guiada às instalações da Unidade de Saúde (USP, UCC, UCSP): espaço físico, profissionais, organização e funcionamento.  B1. Consulta de documentos que caracterizam a comunidade (ex: plano de desempenho e perfil de saúde da comunidade do ACES PL);  B2. Reunião com informantes chaves para levantamento das necessidades em cuidados de saúde;  B3. Seleção de prioridades face às necessidades identificadas e fixação de objetivos para as atender;  B4. Reunião para discussão do projeto a executar com a enfermeira cooperante e a professora orientadora.	- Centro de Saúde Dr. Arnaldo Sampaio e IPSS.	A1. Mestrando, Enf. Fátima, Dr. Jorge Costa e Professoras; (19.2.2015)  A2. Mestrando e Enf. Fátima. (1ª semana)  B1 a B4. Mestrando. (1ª e 2ª semana)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	ONDE?	QUEM?/ QUANDO?
<b>C. Desenvolver competências no âmbito da enfermagem comunitária, integrando projetos e programas da unidade, na especificidade da comunidade.</b>		<p>C1. Análise crítica dos programas de saúde de âmbito comunitário da USP, que contribuem para a consecução dos objetivos do PNS;</p> <p>C2. Conhecimento da articulação existente entre a USP e outras entidades na comunidade;</p> <p>C3. Colaborar, cooperar e participar ativamente nos projetos e programas desenvolvidas pela USP em contextos de enfermagem comunitária: epidemiologia, promoção da saúde, planeamento em saúde, saúde ambiental, autoridade de saúde, entre outros.</p>	- USP.	C1 a C3. Mestrando. (ao longo do estágio)
<b>D. Conceber um projeto em enfermagem comunitária, com base na metodologia do planeamento em saúde.</b>	G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	<p>D1. Elaboração do projeto “Rumo ao Bem-Estar” (ver quadro 3: actividades propostas para o projeto de intervenção comunitária);</p> <p>D2. Identificação e mobilização da literatura de suporte sobre a temática em estudo, no âmbito da enfermagem comunitária (consulta de programas de saúde, bases de dados, livros, etc).</p>		D1 e D2. Mestrando. (2ª semana)
<b>E. Desenvolver atividades adequadas à construção e promoção do projeto de saúde da comunidade.</b>		<p>E1. Elaboração de um folheto de sensibilização da temática e divulgação do curso;</p> <p>E2. Elaboração de um curso de formação organizado em 6 módulos teórico e práticos, com adequação do processo educativo ao grupo etário e nível cultural. Visualização de vídeos alusivos à temática e uso de metodologia expositiva, reflexiva e construtivista (execução de trabalhos de grupo pelos formandos).</p>	- IPSS.	E1 e E2. Mestrando, Enf. Fátima, Drª Anália, AAD. (3ª e 4ª semana)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	ONDE?	QUEM?/ QUANDO?
<b>F. Avaliar a eficácia das intervenções realizadas de acordo com os indicadores de avaliação.</b>	G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.	<p>F1. Definição dos indicadores de avaliação para aferição de ganhos em saúde da comunidade</p> <p>F2. Análise do feedback da implementação do projeto pelos intervenientes no processo.</p> <p>F3. Reflexão crítica do trabalho desenvolvido e possibilidade de reaplicação futura.</p> <p>F4. Reformulação dos objetivos, estratégias e projeto com base na variação atingida.</p>	- USP e IPSS.	F1 a F4. Mestrado e equipa multidisciplinar. (Maio e Junho)
<b>G. Identificar, planejar e desenvolver programas e projetos de intervenção tendo em conta as especificidades culturais de grupos e/ou comunidades.</b>	<p>G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.</p> <p>G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.</p> <p>G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.</p>	<p>G1. Estabelecimento de parcerias durante o projeto para maximizar a respostas face às necessidades identificadas de formação da população alvo;</p> <p>G2. Realização de reuniões com diversos parceiros com vista à reformulação e actualização do diagnóstico de situação e de enfermagem;</p> <p>G3. Conceção, planeamento, implementação e avaliação do projeto “Rumo ao Bem-Estar” criado para e na comunidade, usando a metodologia mais reconhecida pelas diversas áreas para a formação de adultos, à luz da melhor evidência científica;</p> <p>G4. Elaboração de planos de sessão para a condução da formação</p> <p>G5. Fornecimento de um documento de suporte à formação com linguagem simples, objetiva, baseado em autores de referência nos conteúdos a abordar;</p> <p>G6. Formação dinâmica ilustrada com imagens e vídeos alusivos ao tema, momentos de partilha de experiências e a elaboração de trabalhos de grupo pelos formandos;</p> <p>G7. Elaboração de um póster informativo do curso.</p>		G1 a G5. Mestrando, AAD e parcerias. (Março a Maio)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	ONDE?	QUEM?/ QUANDO?
<b>H. Integrar Programas de Saúde de âmbito comunitário para a consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde.</b>	G3.1. Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde.	<p>H1. Participação ativa em programas da USP, relativamente à sua organização, dinamização e avaliação.</p> <p>H2. Colaboração na dinamização e implementação das orientações da ARS e do Ministério da Saúde para as unidades funcionais do ACES.</p> <p>H3. Análise crítica do resultado das intervenções produzidas no âmbito da participação nos projetos da USP.</p>	- USP e IPSS.	F1 a F4. Mestrado e equipa multidisciplinar. (ao longo do estágio)

### Objetivos gerais (propostos pela escola)

- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDADES DE COMPETÊNCIA	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	ONDE?	QUEM?/ QUANDO?
<p><b>I. Garantir o cumprimento ético e deontológico das práticas desenvolvidas.</b></p> <p><b>J. Refletir e analisar de forma crítica as estratégias desenvolvidas, competências adquiridas e os resultados obtidos, sustentando na natureza da enfermagem avançada.</b></p> <p><b>K. Realizar o relatório de estágio escrito mobilizando as competências adquiridas.</b></p> <p><b>L. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional, numa perspectiva de melhoria da qualidade dos cuidados.</b></p>	Todas as competências adquiridas ao longo do estágio.	<p>- Refletir ética e criticamente as atividades desenvolvidas ao longo do estágio;</p> <p>- Participação no seminário intermédio de avaliação (partilha de informação e esclarecimento de duvidas);</p> <p>- Elaboração do relatório tendo por base a a pratica baseada na evidência como recurso à metodologia científica.</p>	-USP e ESSS.	- Mestrando. (ao longo do estágio)

### ANEXO III - Cronograma de Atividades



		ANO		2015																			
		MÊS		Fev.		Mar.				Abr.				Mai.				Jun.				Jul.	
		SEMANA		18 a 20	23 a 27	2 a 6	9 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 2	6 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 30	4 a 8	11 a 15	18 a 21	25 a 29	1 a 5	8 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 3
ATIVIDADES																							
Reunião com a Enf. Cooperante.																							
Reunião com a Prof. Orientadora.																							
Pesquisa/consulta de documentação e bibliografia de suporte.																							
Elaboração do projeto de intervenção “Rumo ao Bem-Estar”.																							
Apresentação do projeto à USP e à IPSS.																							
Elaboração do plano de sessão para cada módulo de educação para a saúde.																							
Reunião com a Diretora Técnica da IPSS AMITEI e Enf. Cooperante.																							
Inscrição na ação de formação.																							
Visita à IPSS que colabora no projeto.																							
Realização do Módulo 1, relativo a: formação profissional, envelhecimento, dependência, necessidades humanas básicas e cuidados de saúde.																							
Realização do Módulo 2, relativo a: sobre a pele, higienização das mãos, banho, higiene íntima, cuidados com os cabelos, barba, unhas e higiene oral.																							
Realização do Módulo 3, relativo a: posicionamentos, transferências, ajudas técnicas e trabalho em equipa.																							
Realização do Módulo 4, relativo a: dimensão psicossocial de um utente dependente, atividade física, sono e repouso e alimentação.																							
Realização do Módulo 5: aula teórico-prática em contexto de cuidados de acordo com os conteúdos abordados.																							
Realização do Módulo 6: avaliação de conhecimentos final, apresentação de trabalhos de grupo, aferição do curso e encerramento.																							
Avaliação contínua do curso de formação.																							
Elaboração e divulgação do poster desenvolvido pelas várias entidades.																							
Efetuar avaliação do projeto de intervenção.																							
Colaborar, cooperar e participar ativamente nas atividades e programas da USP.																							
Desenvolver ações e atividades atendendo às considerações éticas exigidas.																							
Divulgação do estudo à equipa multidisciplinar.																							
Seminário na ESSS (intercalar e final)																							
Elaboração do relatório final de projeto.																							

FÉRIAS  
DA  
PÁSCOA

## **Anexo II**

Projeto “Escolas sem Ruído”

# PROJETO “ESCOLAS SEM RUÍDO”

Trabalho realizado por:

Eng.ª Paula Fernandes

Dr.ª Elisabete Rainho

Dr.ª Olinda Marques

Departamento de Saúde Pública

### **Anexo III**

Projeto Diabetes: + Apoio pelos Responsáveis Escolares (DARE+)

## Projeto DARE<sup>+</sup>

**D**iabetes; **+** **A**poio pelos **R**esponsáveis **E**scolares



#### **Anexo IV**

Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

# Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde

(NOC-013/2014 de 25/8/2014)

Algoritmo para Seleção de Luvas por Procedimentos clínicos e não clínicos 22



Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

## SELEÇÃO DE LUVAS: DEVE SER PRECEDIDA DE AVALIAÇÃO DE RISCO



# Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde

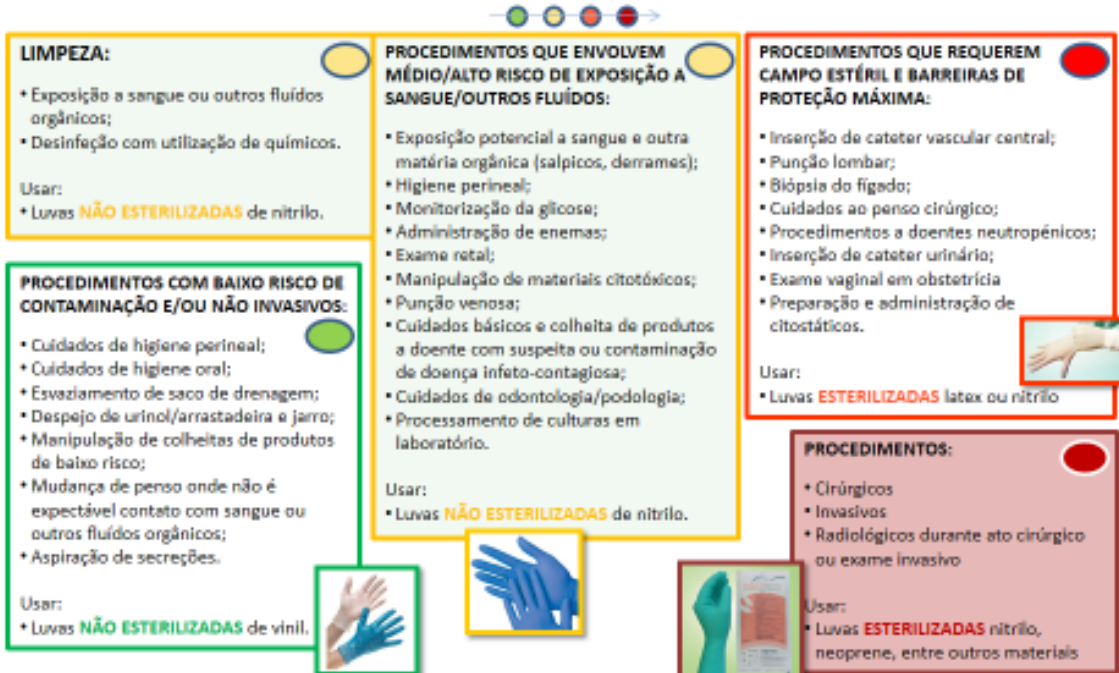
(NOC-013/2014 de 25/8/2014)

Algoritmo para Seleção de Luvas por Procedimentos clínicos e não clínicos 22



Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

## SELEÇÃO DE LUVAS: DEVE SER PRECEDIDA DE AVALIAÇÃO DE RISCO



## **Anexo V**

Quadro informativo da semana Europeia da Vacinação 2015



**Semana Europeia da Vacinação**  
20 a 25 de Abril 2015



O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal.

A vacinas são o único meio de erradicar determinadas doenças do mundo

As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença que qualquer tratamento médico.



**Sarampo:**  
Na Europa, após um período de controlo, a doença reemergiu, ocorrendo, atualmente, surtos e epidemias em toda a região.  
  
Esta doença é endémica em Angola, país com estreitas relações com Portugal.

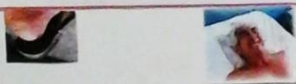
Não arrisque a sua vida nem a dos seus  
**VACINE-SE**



**Tétano:**  
Só a vacinação de todas as pessoas, com reforços regulares pode prevenir todos os casos de doença.  
  
Pode desenvolver-se após qualquer tipo de ferida: cortes, perfurações, ou mordeduras de animais.

Graças ao PNV muitas doenças não fazem parte do conhecimento da população em geral e tem levado a que, infundadamente, tenham mais receio da vacinação do que das doenças.

A vacinação salva milhões de vidas todos os anos e esta história de sucesso deverá ser mantida para bem de todos.



## **Anexo VI**

'Wallpaper' da semana Europeia da Vacinação 2015

Semana Europeia da  
Vacinação  
De 20 a 25 de Abril  
de 2015

**Participe de  
forma ativa!**

**Verifique o estado  
vacinal dos seus  
utentes.  
E o seu?**

Vacinas  
Salvam Vidas  
**VACINA-TE**

PREVENIR. PROTEGER. VACINAR

Como profissional de  
saúde :

- Teve sarampo?
- Tem 2 doses de  
VAS/VASPR ?

Salientam-se:  
Td e VASPR (todas  
as idades)  
HPV (a partir dos  
10 anos)

Elaborado pela equipa de vacinação  
da USP

## **Anexo VII**

Comemoração dos 50 anos do PNV





# PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

*1965-2015 = 50 anos*  
**de PNV na Região Centro**

**14 DE ABRIL de 2015**

**AUDITÓRIO DO HOSPITAL PEDIÁTRICO - CHUC**

## CERTIFICADO

*Helena Nível Rodrigues Carneira*

esteve presente no Encontro «Programa Nacional de Vacinação – 1965-2015 = 50 anos de PNV na Região Centro» que se realizou no dia 14 de abril de 2015 no Auditório do Hospital Pediátrico - CHUC, em Coimbra.

Pel'A Comissão Organizadora

*Graça Rocha*

Graça Rocha

*Queimadela Baptista*

Queimadela Baptista

### Comissão Organizadora:

Graça Rocha  
Queimadela Baptista  
Lúcia Marques  
Elizabete Gonçalves  
Mónica Oliva - Presidente ASIC

### Organização

**asic**

Associação de Saúde Infantil de Coimbra

### Em parceria com:



### Patrocínio Científico



Temas: Conferência Inaugural - Os 50 anos do PNV - Excelência na Vacinação: Implementação e Avaliação PNV - A Vigilância: A vigilância das doenças evitáveis pela vacinação - A Farmacovigilância - O Futuro - Novas Vacinas, Novos Desafios: Nas Crianças - Nos Adultos

Palestrantes e Moderadores: José Teresa - Presidente da ARS Centro; Martins Nunes - Presidente do Conselho de Administração do CHUC; Ana Leça - Pediatra, Comissão Técnica de Vacinação DGS; Maria Alcina Gomes da Silva - Médica, Unidade Saúde Pública - ACES-Baixo Mondego; Lúcia Amélia Marques - Enfermeira, Coordenação Regional PNV; Elizabete Gonçalves - Farmacêutica, Coordenação Regional PNV; Queimadela Baptista - Médico, Coordenação Regional PNV; Carlos Fontes Ribeiro - Prof. Doutor FMUC e Coordenador Unidade Farmacovigilância do Centro; Eugénio Cordeiro - Médico, Departamento de Saúde Pública da ARSC; Francisco Batel Marques - Prof. Doutor FFUC e Coordenador Unidade Farmacovigilância do Centro; Saraiva da Cunha - Prof. Doutor FMUC e Diretor do Serviço de Infecções - CHUC; Graça Rocha - Pediatra, HP-CHUC e Assistente FMUC; Joana Cortez, Médica - Serviço de Infecções - CHUC; Francisco George - Diretor Geral da Saúde.



## **Anexo VIII**

Divulgação do projeto “Rumo ao Bem-Estar” no e-Boletim da USP com publicação no Portal da Saúde e no site do World News

CORPO EDITORIAL

Jorge Costa  
Odete Mendes  
Rui Passadouro

AUTORES

Ana Silva  
Clarisse Bento  
Helder Carreira  
João Pedro Pimental  
Jorge Costa  
José Manuel A. Tereso  
José Luis Ruivo  
Maria Isabel Poças  
Odete Mendes  
Manuel Cardoso  
Ruben Rodrigues  
Rui Passadouro

# Conteúdos

*e-Boletim da Unidade de Saúde Pública*

ACES PINHAL LITORAL

NÚMERO 1

MAIO DE 2015

## Editorial: A flor do cato

Jorge Costa  
Coordenador da Unidade de Saúde Pública

A Unidade de Saúde Pública constitui-se como o espaço privilegiado de intervenção multidisciplinar em saúde na comunidade.

Com múltiplas atividades e responsabilidades nas áreas do planeamento, epidemiologia, saúde ambiental e promoção da saúde, incorpora as funções de autoridade de saúde, o que vem reforçar as suas intervenções de promoção e

salvaguarda da saúde pública e permitir uma acrescida legitimidade e capacitação operacional.

Lutar pela sua afirmação local e reconhecimento institucional é um desafio estimulante mas difícil, que exige um trabalho prévio e permanente de uniformização de critérios e procedimentos entre os diferentes Profissionais e Serviços nos vários concelhos

abrangidos.

Este Boletim, ponto de encontro, de partilha e de reflexão, pretende dar testemunho do caminho que vamos fazendo, entre espinhos e flores... Com algumas desilusões mas sem desânimo, com angústias mas sem perder a esperança. E com a convicção de que é por aqui que devemos ir e que queremos ir. ➡

PÁGINA 4



## Rumo ao Bem-Estar

Helder Carreira  
Enfermeiro

O Projeto de Intervenção Comunitária "Rumo ao Bem-Estar"- Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos Ajudantes de Ação Direta (AAD), parte de uma motivação pessoal e desenvolve-se no âmbito do Ensino Clínico do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santa-rém.

Com a sua inserção no campo de atuação da Unidade de Saúde Pública, enquanto unidade ímpar na procura da maximiza-

ção do nível de saúde de uma comunidade, aspira-se ao caminho certo para o bem-estar físico, mental e social ao nível dos cuidados de higiene e conforto aos utentes dependentes. Por outras palavras, pretende-se melhorar o seu estado de saúde no sentido mais amplo e de maneira ativa, satisfazendo assim as necessidades de existência.

Ao dar relevância ao conhecimento e à formação, enquanto vetores chave para

o desempenho profissional dos AAD, ambiciona-se a aquisição e desenvolvimento de competências, permitindo a partilha de saberes e experiências, bem como uma análise crítica dos cuidados prestados, capacitando e perspetivando mudanças de comportamento.

O Curso de Formação organiza-se em 6 módulos teóricos e práticos, tendo como grupo alvo 13 AAD da IPSS AMITEI, através da parceria estabelecida com a USP.



M Parecer do poster - carrei x USP ACES Pinhal litoral co x Portal da Saúde - Boletim x ISSUU - Conteudos nº 1 e x Helder

www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/boletim+inf+cont.htm

Os cookies ajudam-nos a fornecer os nossos serviços. Ao utilizar os nossos serviços, o utilizador concorda com a nossa utilização de cookies. [Compreendi](#)

# PORTAL DA SAÚDE

Contactos | Sugestões | Perguntas Frequentes | Registo  
Ministério da Saúde


A Saúde em Portugal | Informações Úteis | Enciclopédia da Saúde | Serviços Online | Perguntas Frequentes

Geral | Serviços | Medicamentos | Farmácias | Convencionados | Avançada

**Pesquisar**

Início > A Saúde em Portugal > Notícias

## Boletim informativo "Conteúdos"



**Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral publica o primeiro número do seu boletim quadrimestral "Conteúdos".**

A Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral, inserido na Administração Regional de Saúde do Centro, publica o primeiro número do seu boletim quadrimestral "Conteúdos". Este boletim pretende ser um espaço de partilha e de reflexão entre os profissionais que integram este serviço operativo de saúde pública de âmbito local.

Nesta edição, destacam-se os seguintes temas:

- Comunicar em saúde: valorizar as suas competências;
- Maus tratos em crianças e jovens: um problema de saúde pública;
- Os técnicos de saúde ambiental;
- Quebra do sigilo profissional;
- Prevenção em saúde;
- Consulta do viajante de Leiria.

### Para saber mais, consulte:

- Boletim "Conteúdos" - PDF - 1,9 Mb
- Administração Regional de Saúde do Centro - <http://www.arscentro.min-saude.pt/>

13:54  
22-05-2015



Wn.COM

NEWS

SEARCH

LOG IN

TOP STORIESWORLDBUSINESSTECHNOLOGYSPORTENTERTAINMENTHEALTHVIDEOSEDITORIALMORE

NEWSVIDEOSLIVE CHATWIKIPEDIAAUDIO ON

# Boletim Informativo da USP Pinhal Litoral (Ministry of Health of the Portuguese Republic)

Posted, 2016-01-14  
Public Technologies

SMS this page  
Email this page

## Related News

Wn BY EMAIL

Boletim informativo "Conteúdos" (Ministry of Health of the Portuguese Republic)  
(Source: Ministry of Health of the Portuguese Republic) Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Litoral publica o primeiro número do seu boletim quadrimestral...

NOODLS 2015-05-14

Observações n.º 6 - Especial Doenças Infecciosas (Ministry of Health of the Portuguese Republic)  
(Source: Ministry of Health of the Portuguese Republic) O número especial do Boletim Epidemiológico Observações, dedicado às doenças infecciosas, editado pelo Instituto...

PUBLIC TECHNOLOGIES 2016-01-18

Atendimento para situações de gripe no CS Guimarães (Ministry of Health of the Portuguese Republic)  
(Source: Ministry of Health of the Portuguese Republic) O Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Guimarães/Vizela/Terras de Basto abriu um atendimento exclusivo para...

PUBLIC TECHNOLOGIES 2016-01-20

Trending News

- Diogo Seixas Lopes
- Borussia Dortmund
- René Laennec
- Real Madrid
- Sia
- Volta ao Algarve
- George Gaynes
- Bernardina
- Sonia Lima Caxias
- Segunda Liga

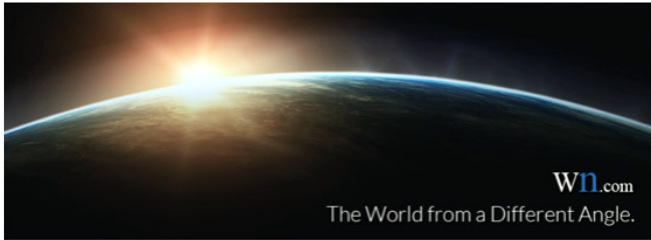
Gosto 130.399  
Follow 6,666 followers  
G+ 10K+

(Source: Ministry of Health of the Portuguese Republic)

A edição de janeiro de 2016 do boletim informativo da Unidade Saúde Pública (USP) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Pinhal Litoral da Administração Regional de Saúde

Public Technologies 2016-01-14

Read Full Article News Article Search Related Videos



Wn.com  
The World from a Different Angle.

## **Anexo IX**

Validação das palavras-chave como descritores na Mesh Browser

## Validação das palavras-chave como descritores na Mesh Browser

DESCRIPTORES MESH	ANNOTATION/SCOPE NOTE
1- Nurs*	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tree Number: H02.478</li> <li>The nursing profession only: NURSING CARE is for patients; / legislation &amp; jurisprudence = LEGISLATION, NURSING or NURSING (IM) + JURISPRUDENCE (IM); available is / nurs: Manual 19.7+, 19.8.48; DF: NURS.</li> </ul>
2- Education	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tree Number: I02</li> <li>Acquisition of knowledge as a result of instruction in a formal course of study.</li> </ul>

CONCEITO	SUMMARY
3- Nursing Assistants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nursing assistants provide basic care and help with</li> <li>activities of daily living in hospitals, residents of long-term care facilities, such as nursing homes,</li> <li>under nursing supervision.</li> <li>They typically do the following: clean and bathe patients or residents, help patients use the toilet and dress, turn, reposition, and transfer patients between beds and wheelchairs, measure patients' vital signs, such as blood pressure and temperature, serve meals and help</li> <li>patients to eat.</li> <li><a href="http://www.bls.gov/ooh/healthcare/nursing-assistants.htm#tab-1">http://www.bls.gov/ooh/healthcare/nursing-assistants.htm#tab-1</a></li> </ul>

## **Anexo X**

Cruzamento dos descritores

### **Cruzamento dos descritores**

Resultados da pesquisa efectuada efetuada em Leiria a 26 de Abril de 2015 pelas 10h16m, na EBSCO, envolvendo as bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina.

DESCRITOR	Nº DE ARTIGOS ENCONTRADOS
Nurs*	19089
Education	6581
Nursing Assistants	372
Nurs* + Education	6581
Nurs* + Nursing Assistants	372
Education + Nursing Assistants	121
Nurs* + Education + Nursing Assistants	12

## **Anexo XI**

Artigos incluídos na RSL

## Perceptions of training for care attendants employed in the care of older people

ALICE COFFEY BA, MEd, RGN, RM, RNT

College Lecturer, School of Nursing and Midwifery, National University of Ireland, Cork, Ireland

---

### Correspondence

Alice Coffey

School of Nursing and Midwifery

National University of Ireland

Cork

Ireland

E-mail: a.coffey@ucc.ie

COFFEY A. (2004) *Journal of Nursing Management* 12, 322-328

### Perceptions of training for care attendants employed in the care of older people

**Background** Care attendants, have long assisted nurses in the provision of care for older people in a variety of care settings in Ireland. While there has been recent interest in the provision of formal training for this grade of health care worker the majority remain untrained and unregulated.

**Aim** This paper describes a study undertaken to explore the perceptions of nurses and Care attendants regarding the provision of formal training for care attendants employed in the care of the older people in southern Ireland. The aim was to identify through empirical research, the perceived implications of this training on the role of both nurses and care attendants.

**Research methodology** A qualitative research design was used to afford each set of respondents the opportunity to express their thoughts and concerns. The research sites were two settings providing long-term care for older people. The research sample nurses ( $n = 40$ ) and care attendants ( $n = 40$ ). Data was derived through the use of two research instruments, focus group discussion and a questionnaire containing open-ended questions. Themes were extracted from the data using content analysis.

**Results** The study identifies positive attitudes towards training for care attendants by both nurses and care attendants but also a perceived link between the provision of training and a blurring of role boundaries. In addition, findings disclose that although nurses are positively disposed to the training of care attendants, this is not accompanied by a desire to become actively involved.

**Conclusions** The study indicates a positive view of training for care attendants, also highlighting the importance of role clarification. Results are particularly relevant in the present climate of demographic change, changes in nurse education and staff shortages in Ireland.

**Keywords:** care attendant, health care assistant, older people, support worker, training

Accepted for publication: 23 October 2003

---

### Introduction

The use of unregulated workers has been a feature of patient care delivery in Ireland over many years. This is particularly true of long-term care facilities for older

people, where the significant role played by the care attendant has often been ignored and undervalued. Irish health service provision of long-term care features both public and private options. Publicly funded facilities include welfare homes; community hospitals and

long-term care units attached to general hospitals. Nursing homes are the private option, regulated by the Department of Health (1993) through the Nursing Homes (Care and Welfare) Regulations 1993. Many similarities can be found between the publicly funded facilities in Ireland and those in the UK in that both have historical roots in the era of the 19th century workhouse and the provision of state welfare. Many of these facilities remain inappropriate in design and reflect the poor status in which care provision for older people was viewed in the past. Demographic changes in Ireland mean that there is an increasing ageing population. Acknowledging this, contemporary health service policy is focused on the provision of holistic and appropriate care for older people (Southern Health Board 1999).

The dependence on untrained and unqualified personnel was noted by Fahey (1995, p. 63) as having 'long been a feature of social care' in Ireland. He describes social care as 'care provided in the cared for persons' home or failing that in an institutional setting' (Fahey 1995, p. 63). A review of the literature demonstrates that this phenomenon is not particular to Ireland. Studies of nursing activity in units providing care for older people in the UK persistently reveal that nursing auxiliaries provide the majority of direct care in elderly care settings and have been an enduring feature of care for older people (Adams & Mc Illwraith 1963, Davies 1992). In fact, the compliment of care attendants in both hospitals that feature in the following study was almost equal to the compliment of professional nurses at each site.

A comprehensive search of the literature revealed little investigation into the role or educational needs of this group of health care workers in Ireland. In 1997, an advisory report to the Minister for Health outlined various social care courses available and recommended the introduction of a national training initiative for health care support workers (National Council for the Elderly 1997). The regulation and training of support workers was also raised in the Report of the Commission on Nursing (1998) where concern was expressed regarding the lack of standard qualifications for care assistants and other non-nursing personnel.

The aim of the following study therefore, was to investigate the perceptions of training from the point of view of both nurses and care attendants. Data was collected in two settings for long-term care of older people in the south-eastern Health Board region. This paper presents a review of relevant literature, study methodology and the perceived implications of training of care attendants from the findings of the study.

## Literature review

### Support workers/nursing assistants

The employment of assistants or support personnel in health care is not new. According to Bostrum and Zimmerman (1993), nurses have always relied on assistants' to help with non-nursing tasks and minor aspects of care.

Research into the role of support workers has demonstrated that there are a range of titles of support worker with various levels of training employed in a combination of non-nursing tasks and patient care in a variety of care settings. In the US titles for Unlicensed Assistive Personnel (UAP) include nurse extender, patient care partner, aide and technician (Krainovich-Miller *et al.* 1997). The title of care attendant although commonly used in facilities for long-term care in Ireland, receives no mention in the available literature. Much of the discussion on the support workers in Ireland centres on the role of Home Help in community care. At its introduction, the Home Help was envisioned as a person who would undertake normal household duties for a sick or infirm person in a caring manner (Department of Health 1972). Since 1990, aside from the provision of home help personnel, four Irish health boards have also introduced home care assistants, to provide personal care to older people in the community (Lundström & McKeown 1994).

In the UK, Nursing Technical Assistants, Health Care Assistants (HCA) and Patient Care Technicians are described as roles that involve a partnership between qualified nurses and assistant (Capuano & Kinneman 1989, Kirby & Garfink 1991). The assistant in this case would have undergone some training to prepare her/him for the tasks delegated by the nurse (Chang 1995). Distinctions are also made between the HCA, usually qualified through the National Vocational Qualification (NVQ) system and the multiskilled 'generic worker' (Anderson 1996).

### Support workers role and skills mix

As most support workers in health care work closely with registered nurses, skill mix determination is also an issue discussed widely in the literature. Skills mix is defined as a balance between trained and untrained, qualified and unqualified and supervisory and operative staff within a service area, as well as between staff groups (Royal College of Nursing 1992). Various approaches have been used to determine the appropriate mix and grade of nursing staff in different care settings. Ball *et al.* (1989), for example, utilized



activity analysis, although this approach can be criticized on the basis that it attempts to simplify the complex nature of nursing. Malby (1990) argues that the introduction of the HCA has helped to reduce inefficiencies caused by professionals performing non-nursing duties. There are a number of studies that concede that, much time is spent by nurses on inappropriate tasks (Robinson & Stillwell 1990, Audit Commission 1991). Moreover Stillwell and Hawley (1993), maintain that only one-third of nurses time is spent providing patient care.

Further insight into the role of HCA in the UK, was offered by Bond *et al.* (1990), in a comparative study of elderly care wards in nine community hospitals. The researchers found that both nurses and care assistants derived greatest satisfaction in their roles from working in primary wards where the named nurse and care assistant have dual responsibility for a number of patients. A similar study by Thomas (1992) concluded that auxiliaries in primary nursing areas expressed significantly high autonomy, and perceptions of their role was influenced by ward philosophy and work practices (Thomas 1992). The complimentary roles of qualified nurse and care assistant was examined by Ahmed and Kitson (1993), who also found that the prevailing philosophy of nursing to have an effect on how care assistants viewed their role.

There are some suggestions in the literature that support workers should be involved in more than just assisting nursing staff. Pembrey (1989) indicated that nursing was not the sole prerogative of professional nurses and that HCAs and lay carers should be valued for their specific nursing contribution. Nonetheless Kirby and Garfink (1991) contend that the delegation of duties to care assistants should always be a nursing decision and later Chang and Lam (1997) suggest that clear guidelines are important in ensuring that HCAs are distinguishable from the professional nurse. It is evident from the literature that there is often lack of clarity concerning the role expectations of support workers. This can create uncertainty and result in role ambiguity where the work of support workers is considered the domain of nurses (Boyes 1995). An investigation by Workman (1996), for example, found that nurses were concerned regarding the threat to their role by HCAs. Similar studies in the US reported conflicting perceptions of the role of UAP by registered nurses (Krainovich-Miller *et al.* 1997). Rhodes (1994) contends that if nurses do not take an opportunity to determine the role of the support worker then managers will.

### Training of health care support workers

Concerns are expressed in the literature, regarding the expansion of the HCA role without specific preparation (Robinson & Stillwell 1990). Questions are raised as to the extent to which nurses should be involved in training and assessment. According to Rowden (1992), the Care Consortium (lead industry of NVQ in the UK) was more than keen to have a high quality nursing input into training and assessment.

There has been a growing interest in the training of support workers in Ireland in recent years. Research carried out in 1997 by the National Council for the Elderly explored the issue of training for social care workers and outlined the courses in social care which were obtainable through the third level colleges. At this time a specific training programme for health care support workers was not available. The study reported a high level of support for training from older people and in an advisory report to the Minister for Health it went on to recommend that a national policy on training for carers of older people should be formulated (National Council for the Elderly 1997). The issue of regulation and training was also discussed in the Report of the Commission on Nursing (1998). This report records concerns about a lack of standard qualifications and training for care assistants and other non-nursing personnel. The Commission recommended that a basic training curriculum should be available, with a range of courses and that nurses should be involved (Report of the Commission on Nursing 1998). The dependence on nursing and midwifery on nursing auxiliaries was also recognized by the Department of Health and Social Services (Briggs Committee on Nursing) in the UK 1992. This committee believed the education of nursing support workers to be a matter of urgency (Department of Health and Social Services, DHSS 1992).

Recent changes to third level educational preparation for nursing in Ireland will inevitably lead to a considerably reduced nursing workforce. This situation mirrors that of the UK in the 1980s when a change in nurse education became the main impetus for the introduction of the new helper grade directly supervised and monitored by a registered practitioner [United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) 1986]. These new helpers were to be 'directed care givers' (Kershaw 1989, p. 41).

Occupational mapping exercises carried out by the Care Sector Consortium, UK defined the occupational ranges and job functions of the health care support worker. Employment related standards were formulated which could be accredited by the NVQ. Hence

NVQ levels one to three/competence-based training in health and social care were launched (Care Sector Consortium 1990). According to Capuano and Kinneman (1989) a training programme for support workers should ideally include theory and clinical practice initially and then additional tasks to be developed over time.

Health care support workers can now progress from level three NVQ to nurse training if they wish so.

The literature presents considerable debate and discussion regarding the achievement of competencies and the ensuing effect on patient care. Central themes to discussions since the introduction of NVQs in 1986 are the assessment of competencies and the maintenance of competency over time. Contributors to the debate have expressed concern that assessment of individuals using NVQ may be based entirely on what they do, rather than what they know and comprehend (Buckley & Caple 1995). Despite concerns, a study by Carr-Hill *et al.* (1992) using a validated quality tool to examine the quality of care provided by HCAs in comparison with qualified nurses, found that the contribution of trained HCAs to patient care was higher than expected.

Nursing criticism tends to regard competency training as leading to a role that is reductionist in nature. Many writers view the role as 'task driven' rather than a holistic view of patient care (Collinson 1999). The introduction of national standards of competence has also resulted in debate on the role of HCAs at various NVQ levels and their relationship with qualified nurses. One study carried out by a clinical facilitator in Plymouth Health Authority in 1994 concluded that many nurses were unaware of the role of the HCA and this uncertainty was attributable to their inappropriate use (Reeve 1994). Nurses also express anxiety regarding the increased workload and complicated paperwork involved in assessment of HCAs (Rowden 1992). With the view that the experience and qualification of the assessor determines the quality of the assessment (Day 1993) and to overcome the difficulties expressed by nurses, an action plan was developed for work-based assessment. The duration of training for support workers in different countries varies from 2 weeks to 2 years depending on how the role is defined (Chang 1995).

To date untrained and unregulated personnel are employed in the formal care of older people in Ireland, although employers do provide in-service training in specific skills such as moving and handling. A number of generic courses in social care accredited by the National Council for Educational Awards (NCEA), are also available, however, the need for review of these courses was highlighted in the report of the NCEA

working party on social and caring studies in 1992. A standardized national training initiative was strongly recommended by O'Donovan *et al.* (1997) in their report for the National Council for the Elderly. More recently the provision of training and development at all levels has been cited in a health strategy document as a critical success factor to providing appropriate care in an appropriate setting (Southern Health Board 1999).

Although the literature suggests a need for training for support workers there is some indication of implications on roles and relationships in health care. The following study therefore sought to provide some insight into the perceived implications of training from the perspectives of nurses and care attendants in Ireland.

## Research methodology

### Design and sample

A qualitative approach was applied in an attempt to afford freedom to respondents to express their thoughts and to value their views (Parahoo 1997).

The research sample consisted of nurses and care attendants employed in two public hospitals for long-term care of older people in southern Ireland. In recognition of the close working relationship and interdependence between nurses and care attendants in the care of older people, it was deemed appropriate to include nurses in the study. Rationale for the inclusion of a second study site was based on the premise that the position of the researcher as a member of staff in one of the facilities may result in a distortion of the findings. Fifty percentage of the compliment of nurses and care attendants in both facilities were invited to take part in the study, nurses ( $n = 40$ ) and care attendants ( $n = 40$ ) volunteered. Informed consent was gained from hospital management and study participants.

### Data collection instruments

Data collection began with a focus group discussion, which according to Polit and Hungler (1999) is a variant of the focused interview. The motive for using this method of data collection was to brainstorm the idea of training with care attendants, and to promote discussion on viewpoints, which would lead to the formulation of a questionnaire. As focus groups are characterized by homogeneity but with sufficient variations among participants to allow for contrasting opinions (Krueger 1994), a group of eight care attendants were invited to take part. In this case, homogeneity was



achieved by the similarity of occupation. Ethical principles of informed consent, openness with regard to motive and anonymity were employed. The discussion was tape recorded with the consent of the participants. Broad questions regarding the role of the care attendant and education encouraged the participants to brainstorm around the topics and elaborate on any important issues. The sharing of experiences and opinions provided valuable insights into the perceptions of their role in patient care and their relationship with nursing colleagues.

Themes extracted from the transcript of the focus group discussion and information derived from exploration of the literature assisted in the development of a questionnaire of four open-ended questions. The questions probed attitudes towards training for care attendants, perceptions of their present role and the implied consequences (positive and negative) of training on the role of the care attendant and on patient care. In addition, both nurses and care attendants were asked to disclose their thoughts on nurse involvement in the training and to explain the rationale for their answer. In order to test reliability, the questionnaires were first administered to a pilot sample of two nurses and two care attendants. Following minor changes, the revised questionnaire was distributed by the researcher to 20 nurses and 20 care attendants at each site. Response rates from the study sites were 65 and 70%.

Data from each set of respondents was firstly managed separately. Questionnaire responses were read by the researcher and each question, i.e. attitude to training, role of the care attendant, consequences of training and nurse involvement were used as categories under which response patterns were identified. With the assistance of a second researcher, the responses were then coded manually, interpreted and merged to form three main themes. These themes form the basis of the findings presented. When questionnaire responses from both study sites were compared, similar patterns emerged. There was an interesting correlation between the concerns and attitudes expressed by both nurses and care attendants.

## Findings

Findings concentrated around three main themes:

- attitudes to training of care attendants;
- perceived links between training and role ambiguity; and
- nurse involvement in training.

### *Attitudes to training*

On the whole there were positive attitudes to the introduction of training for care attendants from both sets of respondents. The majority of care attendants expressed feelings of being undervalued and a need for recognition of their experience. The views of nurses concurred with this need for recognition and both sets of respondents viewed training as a means to this end.

'Training would improve self-esteem (Nurse).'

Many nurse respondents did express some concern that standards of patient care should be maintained. Nonetheless, both nurses and care attendants regarded competency-based training as being linked to quality of care for patients and career progression for care attendants. All respondents viewed the introduction of training as an opportunity for improvement.

'Would give me the opportunity to go ahead (Care attendant).'

### *Perceived links between training and role ambiguity*

All respondents in the study viewed the present care attendants' dual role of domestic duties and patient care to be unsatisfactory. According to one of these roles,

'can often conflict (Attendant).'

The findings also demonstrate that there are differences of opinion between nurses and care attendants as to the care attendant role. As one attendant noted,

'some nurses are confused about what we do.'

The views of care attendants regarding their role vary from 'helping the nurse' to being 'part of the patient care team'. A number of care attendants strongly expressed their dissatisfaction with the way in which they perceived that nurses viewed their role. As one care attendant states,

'sometimes we are looked upon as the little helper, and we are far from that.'

Yet another observed that,

'they (nurses) do the drugs and the writing but we give them a lot of information about the patients.'

Nurse respondents also expressed concerns, consistent with the findings of studies in the UK that trained care attendants may perform tasks that would otherwise be the domain of nurses (Boyes 1995, Workman 1996). Many nurse respondents feared the blurring of boundaries between nurses and care attendant roles following training. It was the contention of one nurse that

'they (care attendants) may assume responsibilities that they are not trained for.'

Another proclaimed,

'we must be careful not to lose the role of the nurse to non-nursing personnel.'

However, a number of nurse respondents viewed training as a means of reducing present nursing workload and as a source of 'relief to do true nursing duties'. On the contrary, there was a fear amongst care attendants that nurses would relinquish some of their present workload and 'withdraw to desk duties only'.

#### *Nurse involvement in training of care attendants*

Responses from care attendants to questions regarding the type of training preferred displayed overwhelming interest in an 'on the job' model of training. In the opinion of all respondents overall responsibility for training should be within the remit of the regional health boards. Nurse involvement in training and assessing at local level was assumed and welcomed by care attendants in this study. However, 62% of nurse respondents in were distinctly disinterested in being personally involved in training. Reasons given were mainly 'no time' and complaints of an 'already heavy workload'. In conjunction with the fear of an increase in workload, some nurses also felt that they were 'not qualified to teach' and that the training would be 'more acceptable from an outsider'.

These findings are consistent with evidence that problems were found to occur with nurse participation in NVQ training in the UK mainly arising in the area of work-based assessment (Rowden 1992).

#### **Limitations of the study**

The generalizability of the research findings is potentially limited by the small sample size. However, the geographical location of the sample sites ensured ease of access to sources of data and consequently a high response rate to questionnaires. To reduce bias, two research sites were utilized. The resultant quantity of data for analysis presented a challenge, although a second researcher was engaged to enhance the validity of interpretation.

#### **Discussion**

The overall findings reflect many of the results of studies carried out in the UK, since the introduction of HCA (Carr-Hill *et al.* 1992, Rowden 1992, Thomas 1992, Boyes 1995, Workman 1996). The majority view of all respondents in the study is that training of care attendants would yield positive results. Training is perceived to be linked with the recognition of care attendants' input into patient care and is seen to open a door to career progression. There are significant concerns identified in the study regarding the potential

blurring of boundaries between trained care attendant and nurse and the possibility of conflict is evident. In order to offset role ambiguity the findings suggest that the development of clear role descriptions for trained care attendants is necessary. This should ideally involve nurses. Malby (1990) asserts that nurses should assess their own needs and on this basis they should determine the roles for support workers. The concerns expressed regarding possible erosion of the nurses' role are consistent with findings of studies in the UK and deserve further exploration. Many nurses in the study perceive the potential of replacing nurses with trained care attendants, as a real threat and this attitude may have resulted in their apparent lack of interest in becoming involved in training. Nurses' disinterest in becoming involved in training is expressed in the study as a combination of apprehension regarding the uptake of additional work and lack of confidence in their ability. Although the Report of the Commission on Nursing (1998) recommends that nurses take a proactive role in education and supervision, these findings suggest that nurses do not feel adequately prepared. Further educational needs of nurses will have to be considered if introducing a model of training for care attendants, which involves nurses as educators and assessors. Nurses themselves need to be prepared to assume leadership in patient care and in the development and management of training programmes for support workers.

Strives for quality in a changing health service mean that training for support workers is inevitable.

The findings of this study are very relevant to the development of an effective programme of training for support workers in Ireland. They suggest the need for preparation of nurses for their role in terms of leadership and mentorship. The findings also imply the need for training in which specific competencies are achieved enabling more realistic role expectations in patient care.

As both nurses and care attendants work very closely in the delivery of care to older people in many health care settings, further exploration of the themes emerging from this research is recommended.

#### **References**

- Ahmed L.B. & Kitson A. (1993) Complimentary roles of the nurse and health care assistant. *Journal of Clinical Nursing* 2 (5), 287-297.
- Anderson L. (1996) The role and resources required for the introduction of a ward assistant using Grasp systems workload measurement methodology: a quantitative study. *Journal of Nursing Management* 5(1), 11-17.



- Audit Commission (1991) *The Virtue of Patients: Making the Best of Ward Nursing Resources*. HMSO, London.
- Ball J., Hurst K. & Franklin R. (1989) *But who will Make the Beds? A Report of the Mersey Project on Assessment of Nurse Staffing, Support Worker Requirements for Acute Hospitals*. Mersey Regional Health Authority and Nuffield Institute of Health Services Studies, Leeds.
- Bond S., Fall M., Thomas L., Fowler P. & Bond J. (1990) *Primary Nursing and Primary Medical Care: A Comparative Study in Community Hospitals*. Report 39. Care Research Unit, University of Newcastle upon Tyne.
- Bostrum J. & Zimmerman J. (1993) Restructuring nursing for a competitive health care environment. *Nursing Economics* 11 (1), 35-41, 54.
- Boyes (1995) Health care assistants: delegation of tasks. *Emergency Nurse Summer* 2, 6-9.
- Buckley R. & Caple J. (1995) *The Theory and Practice of Training*, 3rd edn. Kogan Page, London.
- Capuano R. & Kinneman M.T. (1989) Nursing technical assistants: one solution to the nursing shortage. *Nursing* 19 (5), 172-175.
- Care Sector Consortium (1990) *Health Sector Support Worker Project National Occupational Standards for Care*. HMSO, London.
- Carr-Hill R., Dixon P., Gibbs I. et al. (1992) *Skill Mix and the Effectiveness of Nursing Care*. Center for Health Economics, University of York.
- Chang A.M. (1995) Perceived functions and usefulness of health service support workers. *Journal of Advanced Nursing* 21, 64-74.
- Chang A.M. & Lam L.W. (1997) Evaluation of health care assistant programme. *Journal of Nursing Management* 5, 229-236.
- Collinson P. (1999) Re-examining skill-mix and leadership. *Employing Nurses and Midwives* 35, 13.
- Davies S.M. (1992) Consequences of the division of nursing labour for elderly patients in a continuing care setting. *Journal of Advanced Nursing* 17, 582-589.
- Day M. (1993) NVQ assessment for care assistants. *Nursing Standard* 7 (29), 35-38.
- Department of Health (1972) *Home Help Service: Circular 11/72*. Government Publications, Dublin.
- Department of Health (1993) *The Nursing Homes (Care and Welfare) Regulations, S.I. No. 226*. Government Publications, Dublin.
- Department of Health and Social Services (DHSS) (1992) *Nursing Skill Mix in the District Nursing Services*. NHS Value for Money Unit. HMSO, London.
- Fahey T. (1995) *Health and Social Care: Implications of Population Ageing in Ireland, 1991-2011*. National Council for the Elderly, Dublin.
- Kershaw B. (1989) Project 2000. Identifying the nurse support worker. *Nursing Standard* 5, 40-43.
- Kirby K. & Garfink C. (1991) The University Hospital Nurse Extender Model. *Journal of Nursing Administration* 21 (1), 25-30.
- Krainovich-Miller B., Sedhom L.N., Bidwell-Cerone S., Campbell-Heider N., Malinski V.M. & Carter E. (1997) *Journal of the New York State Nurses Association* 28 (3), 8-15.
- Krueger R.A. (1994) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 2nd edn. Sage, Thousand Oaks, California.
- Lundström F. & McKeown K. (1994) *Home Help Services for Elderly People in Ireland*. National Council for the Elderly, Dublin.
- Malby R. (1990) Vocational support. *Nursing Times* 86 (16), 31-33.
- National Council for the Elderly (1997) *Training Carers of Older People (Report Number 47)*. National Council for the Elderly, Dublin.
- O'Donovan O., Hodgins M., McKenna V. & Kelleher C. (1997) *Training Carers of Older People (An Advisory Report)*. National Council for the Elderly, Dublin.
- Parahoo A.K. (1997) *Nursing Research Principles, Process and Issues*. MacMillan, London.
- Pembrey S. (1989) *The Role of the Health Care Assistant*. University of Brighton, Institute of Nursing. Unpublished thesis.
- Polit D.F. & Hungler B.P. (1999) *Nursing Research Principles and Methods*. 6th edn. Lippincott, Philadelphia.
- Report of the Commission on Nursing (1998) *A Blueprint for the Future*. Government Stationery Office, Dublin.
- Reeve J. (1994) Nurses attitudes towards health care assistants. *Nursing Times* 90(26) 43-46.
- Rhodes K. (1994) What can HCA's be asked to do? *Nursing Times* 90, 33-35.
- Robinson J. & Stillwell J. (1990) The role of the support worker in the health care team. *Nursing Times* 86 (37), 61-63.
- Rowden R. (1992) More input required. *Nursing Times* 88 (33), 27-28.
- Royal College of Nursing (1992) *Skill Mix and Reprofitting: A Guide for RCN Members*. RCN, London.
- Southern Health Board (1999) *Ageing with Confidence: A Strategy for the People of Cork and Kerry*. Southern Health Board, Cork.
- Stillwell J.A. & Hawley C. (1993) The costs of nursing care. *Journal of Nursing Management* 1, 25-50.
- Thomas L. (1992) Comparing the work of nurses and auxiliaries. *Nursing Times* 88 (20), 44-49.
- United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (UKCC) (1986) *Project 2000: A New Preparation for Practice*. UKCC, London.
- Workman B.A. (1996) An investigation into how the health care assistants perceive their role as support workers to the qualified staff. *Journal of Advanced Nursing* 23 (3), 612-619.

## Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients

Chia-Chi Chang PhD, RN

Assistant Professor, School of Nursing, China Medical University, Taichung, Taiwan

Li-Chan Lin PhD, RN

Professor, Institute of Clinical Nursing, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

Submitted for publication: 21 September 2004

Accepted for publication: 17 February 2005

### Correspondence:

Li-Chan Lin  
Institute of Clinical Nursing  
National Yang-Ming University  
155 Li-Nong Street, Sec 2  
Taipei  
Taiwan  
R.O.C.  
Telephone: (02) 2826-7159  
E-mail: lchan@ym.edu.tw

CHANG CC & LIN LC (2005) *Journal of Clinical Nursing* 14, 1185–1192

### Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients

**Aims and objectives.** The purposes of this study were to develop a comprehensive feeding skills training programme for nursing assistants and to test the effects of this training programme on their knowledge, attitude and behaviour and the outcome of dementia patients including total eating time, food intake and feeding difficulty.

**Background.** Dementia patients have a high probability of feeding problems that result in a substantial risk of malnutrition. Assisting residents with eating is a major task for nursing assistants and they require better training to provide adequate quality of nutritional care.

**Design methods.** A quasi-experimental study was conducted. Two convenience-chosen dementia-specialized long-term care facilities in North Taiwan were randomly assigned into either a control or a treatment group. Sixty-seven nursing assistants were enrolled (treatment: 31; control: 36). Twenty nursing assistants and the same number of dementia patients were observed during mealtime. The treatment group participated in a feeding skills training programme including three hours of in-service classes and one hour of hands-on training, whereas the control group did not receive any training.

**Results.** The treatment group had significantly more knowledge ( $F = 47.7$ ,  $P < 0.001$ ), more positive attitude ( $F = 15.75$ ,  $P = 0.001$ ) and better behaviours ( $t = 6.0$ ,  $P < 0.001$ ) than the control group after the intervention. Dementia patients in the treatment group had significantly longer total eating time ( $t = 2.7$ ,  $P < 0.05$ ) and higher Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia scores (more feeding difficulty) ( $t = 2.1$ ,  $P < 0.05$ ) than the control group. There was no significant difference on food intake between the two groups ( $t = 0.8$ ,  $P = 0.49$ ).

**Conclusion.** This feeding skills training programme has been found to change nursing assistants' knowledge, attitude, and behaviour as well as increasing the eating time for the dementia patients.

**Relevance to clinical practice.** This study raises attention regarding on-the-job training for nursing assistants. Furthermore, the feeding problems among dementia patients should be further explored as well as the nutritional care.

**Key words:** dementia, Edinburgh feeding evaluation in dementia, feeding difficulty, feeding skills training programme, long-term care facility, nursing assistant

## Introduction

Feeding difficulties among dementia patients has been identified in western society (Watson 1993, 2002) and is a major reason for the high risk of malnutrition (Durnbaugh *et al.* 1996, Berry & Marcus 2000, Wasson *et al.* 2001). Approximately 80% of patients with dementia have eating difficulties (The Alzheimer's society 2000) and about 50% of patients lose their self-feeding ability within eight years after the onset of dementia (Volicer *et al.* 1987). Feeding difficulty of dementia patients was related to the food intake (Watson 1993) and failure to eat may be associated with weight loss in long-term care facilities (Watson 1997, Castellanos *et al.* 2003). According to the previous studies, dehydration and malnutrition are two of the leading causes of death among dementia patients (Hall 1994, Colodny 2000).

Dementia is often associated with feeding problems (Backstrom *et al.* 1987) and requires close supervision in the early stage to the end of disease (Rohrbaugh & Siegal 1989, Hall 1994, Hamdy *et al.* 1994). Nursing assistants are the main caregivers who complete all the direct patient care but receive the least training in long-term care facilities (Hartig 1998, Crogan & Shultz 2000). Feeding is a major task for nursing assistants in taking care of dementia patients (Crogan & Shultz 2000, Crogan *et al.* 2001). However, nursing assistants often lack the knowledge and skills to feed residents safely and with dignity (Kayser-Jones & Schell 1997, Pierson 1999). Lack of knowledge, poor practices, insufficient assistance and inappropriate attitudes are major problems in promoting the optimal outcomes for eating (Bonnell 1995, Simmons *et al.* 2002). In addition, time has been identified as a concern regarding feeding; nursing assistants did not have enough time to assist people with feeding adequately (Crogan & Shultz 2000, Wasson *et al.* 2001) and the residents were not given enough time to eat or do not have adequate choices of food (Pierson 1999, Wasson *et al.* 2001).

It is difficult directly to train dementia patients with feeding difficulties due to the cognitive impairment. Training nursing assistants to assist dementia patients with eating might be one way to help dementia patients with feeding difficulties. There are a limited number of studies focusing on interventions to deal with feeding problems among dementia patients (Watson 2002). According to the literature search, until 2004, there is only one published training programme for nurses and nursing assistants focusing on feeding Alzheimer's residents (Roberts & Dumbaugh 2002). However, the mealtimes or eating activities contain cultural context and social interaction,

such as: differences in using of utensils or the sequences of serving food between western society and Taiwan. The programme developed in western society may not be adapted in Taiwan. There was no dementia-specific training programme for nursing assistants in Taiwan, or any feeding skills training programme for assisting dementia patients with eating. Nursing assistants sometimes use their common sense to feed the dementia residents (Pierson 1999). A sufficient number of well-trained nursing assistants who work under knowledgeable, licensed nurses' supervision are needed to assure quality feeding (Kayser-Jones 1997). Previous research has shown that education and training programmes can help caregivers deal with the daily care of older people (Kaiser *et al.* 2000, Burgio *et al.* 2002). However, there is a lack of integrated skills training programmes that focus on feeding issues. Therefore, the purposes of this study were to develop a feeding skills training programme and test the effects of this training programme.

## Aim

The goals of this paper were to provide a feeding skills training programme for nursing assistants in a Taiwanese dementia-specialized long-term care facilities and to test the effects of this feeding skills training programme on the outcomes of nursing assistants and dementia patients. A feeding skills training programme imparts new knowledge and is expected to change the nursing assistants' attitude and behaviour, with a positive effect upon the dementia patients feeding. Changing nursing assistants' feeding behaviour is associated with changing the outcome of dementia patients including total eating time, food intake, and extent of feeding difficulty. The research framework is illustrated in Fig. 1.

There are two research questions in this study:

- 1 What are the effects of a feeding skills training programme on nursing assistants' knowledge, attitudes, and behaviours toward feeding dementia patients in Taiwanese long-term care facilities?
- 2 What are the effects of a feeding skills training programme on the outcomes of dementia patients (eating time, food intake and feeding difficulty)?



Figure 1 Research framework.



## Methods

### Sampling

A quasi-experimental study was conducted. Two convenience-chosen, dementia-specialized, long-term care facilities in North Taiwan were randomly assigned into either a control or a treatment group by flipping a coin. Patients who were diagnosed with dementia and were identified by nursing assistants as having eating problems and needing assistance were enrolled. Nursing assistants who had worked at least six months in the same long-term care facilities and were able to communicate with the principal investigator in Mandarin, Taiwanese or English were recruited. Sixty-eight nursing assistants were recruited. One nursing assistant dropped out due to a family emergency. Thus, there were complete data on 67 nursing assistants, who were divided into two groups: 31 in the treatment group and 36 in the control group. Due to shift, 36 nursing assistants and the same number of dementia patients were observed during mealtimes: 20 in the treatment group and 16 in the control group. However, only 20 nursing assistants and dementia patients (12 in the treatment; eight in the control) can be matched in the pre and post-test and the data of those subjects were for analysis regarding feeding behaviour of nursing assistants and outcomes of dementia patients.

### Procedure

Permission to conduct this study was given by the administration of long-term care facilities. The consent forms were also obtained from the nursing assistants and the proxies of dementia patients. In Taiwan, the family members are the legal guardians for the person who is not capable of making decisions. The study was approved by Institutional Review Boards at Case Western Reserve University, USA. Nursing assistants who were in the treatment group received a feeding skills training programme including three hours of in-service classes and one hour of hands-on training. Those in the control group did not receive any training programmes. Data regarding nursing assistants' knowledge and attitude toward feeding dementia patients were collected before and after the training programme by self-report. Their feeding behaviours were observed before and after the training programme by the trained research assistant. The dementia patient's outcome data were also collected before and after the training programme. Data collection was from February 2004 to May 2004.

### Intervention

The content of the classes included the purpose of this training programme, overview of dementia, etiology and behaviours of feeding among dementia patients and protocol for feeding dementia patients regarding how to manage feeding problems of dementia patients. The protocol contained the preparation for the mealtime environment, interactions between caregivers and dementia patients and feeding skills to deal with food refusal. Nursing assistants who participated in the in-service classes also obtained a written manual of this feeding skills training programme. The in-service classes were taught during the regular working hours and completed over two consecutive days by the principal investigator. There were Chinese and English versions of this training programme. Both Chinese and English versions of the entire training programme were reviewed by a gerontological expert to determine the appropriate content and meaning and equivalence between two versions. In addition, the training programme was piloted with three nursing assistants and revised based on the feedback of those nursing assistants.

Immediately following the in-service, hands-on training was provided to enhance the effectiveness of this feeding skills training programme. The hands-on training used one-to-one teaching and provided nursing assistants opportunities to practice and give feedback. The principal investigator followed each nursing assistant during one entire mealtime lasting approximately one hour. The content of the hands-on training followed the instruction guideline that was developed based on the feeding protocol. The nursing assistants had opportunities to feed several dementia patients at one mealtime and deal with different feeding problems of dementia patients.

### Instruments

There were four major instruments in this study: the Formal Caregivers' Knowledge of Feeding Dementia Patient Questionnaire, the Formal Caregivers' Attitude toward Feeding Dementia Patient Questionnaire, the Formal Caregivers' Behaviours toward Feeding Dementia Patients Observation Checklist, and the Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) scale (Watson 1994). Except for the EdFED scale, those questionnaires were developed by the principal investigator based on a comprehensive literature review, clinical experience and mealtime observation. There were Chinese and English versions of all the instruments and a gerontological expert reviewed to determine the equivalence between different versions. Cronbach's alpha was used to



determine internal consistency. Content validity was determined by three experts in psychology and nursing who independently rated each item on a five-point Likert-type scale in terms of relevance, representativeness, specificity and clarity. The rating above three points is considered as agreement of the items. The ratings for all items in questionnaires in terms of relevance, representativeness, specificity and clarity were all above three points.

#### *The Formal Caregivers' Knowledge of Feeding Dementia Patient Questionnaire*

The knowledge questionnaire contains 21 multiple-choice questions. The formal caregivers answered each question based on their knowledge of feeding dementia patients. There was only one correct answer for each question. To avoid the caregivers guessing the answer, one answer 'I do not know' was included in the choices. The correct answers were coded one point each and total possible points were 21. Higher scores indicated better knowledge. The Cronbach's alpha of 0.69 for the Formal Caregivers' Knowledge of Feeding Dementia Patient Questionnaire was reported in this study.

#### *The Formal Caregivers' Attitude toward Feeding Dementia Patient Questionnaire*

There are 20 statements in the Formal Caregiver's Attitude toward Feeding Dementia Patients Questionnaire. The formal caregivers rated the extent of agreement for each statement from strongly agree to strongly disagree. The positively and negatively worded items are often to be used in the attitude measurement (Ajzen & Fishbein 1980). In this study, the scores of attitude questionnaire ranged from 20 to 100 and higher scores indicated more negative attitudes. The Cronbach's alpha of 0.72 for the Formal Caregivers' Attitude of Feeding Dementia Patient Questionnaire was established in this study.

#### *The Formal Caregivers' Behaviours toward Feeding Dementia Patients Observation Checklist*

The observation checklist was developed with four categories of observed behaviours: preparation for the residents, environmental preparation, eating encouragement and using new feeding skills and totalled 29 items in the checklist. The research assistant was trained to reach 90% agreement for inter-rater reliability with principal investigator by 10-meal-time observation. This research assistant used the checklist to observe the feeding behaviours of nursing assistants during mealtimes for dementia patients and marked the results either 'yes' (1), 'no' (0), or 'not applicable' (It meant that the feeding behaviour did not be observed during observation section and coded as missing value). Each performed behaviour was

coded one point and the highest possible total scores were 29. Higher scores represent more correct behaviours performed. Since some behaviour is not applicable, the behaviour scores were the numbers of the actual performed behaviours divided by the possible observation behaviours. The Cronbach's alpha of 0.7 for the Formal Caregivers' Behaviour toward Feeding Dementia Patient Observation Checklist was reported in this study.

#### *The EdFED scale*

The feeding difficulty of dementia patients was measured by the EdFED scale, which was developed by Watson (1993). The nursing assistants were interviewed with the EdFED scale to assess the feeding difficulties of each dementia patient they assisted. There are 11 items in the EdFED scale and each item has three possible responses: A-never, B-sometimes, and C-often. In this study, the three possible responses were labelled as A-0, B-1 and C-2, respectively. Higher scores indicate more feeding difficulties of dementia patients with the total possible score from 0 to 22. The reliability and validity of the EdFED has been established with Cronbach's alpha of 0.87, inter-rater reliability with Pearson's correlation coefficient of 0.59, and intra-rater reliability with Pearson's correlation coefficient of 0.95 (Watson 1996, Watson *et al.* 2001). Lin and Chang (2003) translated the EdFED scale into Chinese and examined the equivalence. The equality of the items for both versions was 0.969, the kappa coefficients for all items ranged from 0.44 to 1.00, and the intra-class correlation coefficients ranged from 0.85 to 0.90. Details of equivalence of the Chinese version of the EdFED have been published previously (Lin & Chang 2003).

#### *Total eating time*

The total eating time was counted by, the research assistant using a watch. The time began when the tray has been served in front of the resident and ended when he/she completely stopped eating. It was measured once before and after the training programme either at lunch or dinnertime.

#### *Food intake*

The food intake was measured by, the research assistant using percentage of food that has been eaten during meal-time. It was coded as 0, 1/4, 1/2, 3/4 and 1.

#### *Data analysis*

The data analysis included descriptive statistics that contained means, standard deviations, frequencies, and percentages, a Student's *t*-test and an ANCOVA that was used to answer the research questions by the SPSS software.

## Results

### Nursing assistants' knowledge and attitude toward feeding dementia patients

Nursing assistants in the treatment group were all female. In the control group, there were two males (5.6%) and 16 were foreign-born nursing assistants who came from the Philippines. Both groups were similar in ages and educational level. The control group ( $M = 5.2$  years,  $SD = 3.2$  years) had significantly longer working experience than those in the treatment group ( $M = 3.6$  years,  $SD = 2.5$  years) by using a Student's  $t$ -test and this variable was a covariate for testing nursing assistants' knowledge and attitude scores. There were no significant differences between the two groups on knowledge and attitude pretest scores.

Since there were significant differences on duration of working experience of nursing assistants, the ANCOVA was used to test the effects of this feeding skills training programme. After participating in the feeding skills training programme, nursing assistants in the treatment group had significantly higher mean difference of knowledge scores than those in the control group ( $F = 47.7$ ,  $P < 0.001$ ), controlling for nursing assistants' working experience. There was a significant difference on the mean attitude score between the two groups ( $F = 15.75$ ,  $P = 0.001$ ), controlling for nursing assistants' working experience. The treatment group had a more positive attitude toward feeding dementia patients than those in control group (Table 1).

### Behaviours of nursing assistants toward feeding dementia patients and outcome measurements for dementia patients

Both observed subgroups were similar in age, gender, educational level, knowledge pretest score, attitude pretest score and behaviour pretest scores but having significant differences in terms of duration of working experience. Dementia patients in the treatment group ( $M = 84.2$ ,  $SD = 4.0$ ) were older than those in the control group ( $M = 72$ ,  $SD = 5.8$ ). No significant differences were found

in other demographic characteristic and outcomes measurements pretest scores of dementia patients.

The observed sample was small; therefore, a Student's  $t$ -test was used to test the difference on feeding behaviour and outcome of dementia patients between the two groups after the training programme. The nursing assistants in the treatment group had a significantly better behaviour scores than those in the control group ( $t = 6.0$ ,  $P < 0.001$ ). The dementia patients in the treatment group had a significantly longer eating time ( $t = 2.7$ ,  $P < 0.05$ ) and higher EdFED scores (more feeding difficulty) ( $t = 2.1$ ,  $P < 0.05$ ) than those in the control group. In addition, there was no significant difference on food intake between the two groups ( $t = 0.8$ ,  $P = 0.49$ ) after the training programme (Table 2).

## Discussion

A comprehensive feeding skills training programme for nursing assistants was developed in this study and had been found to increase knowledge, change attitudes and behaviours toward feeding dementia residents. As such, the findings are similar to a number of other previous studies, in that it involved an effort to influence nursing assistants' knowledge, attitude, and behaviour through an educational training programme (Thomson & Burke 1998, Zanetti *et al.* 1998, Kaiser *et al.* 2000, Burgio *et al.* 2002, Peterson *et al.* 2002, Roberts & Dumbaugh 2002). Nursing assistants possibly feel pressure from administration while they self-reported their attitude, resulting in suppressing their true feelings about feeding dementia patients. Although the findings of this study regarding feeding behaviour change must be considered with caution in light of the small number of subjects observed and the differences in the age of dementia patients between the two groups, a number of possible proven effects of this feeding skills training programme can be made. Additionally, there were numbers of foreign-born nursing assistants enrolled in the control group. Even though they did not receive the feeding training programme in this study, the attention regarding training foreign-born nursing assistants has been raised due to the considerations of language and cultural differences.

Table 1 Comparison between treatment and control groups for knowledge and attitude of nursing assistants

Variables	d.f.	Pretest		Post-test		F-value
		Treatment ( $n = 31$ )	Control ( $n = 36$ )	Treatment ( $n = 31$ )	Control ( $n = 36$ )	
Knowledge of NAs	1	11.8 (3.8)	10.4 (3.2)	18.3 (3.2)	11.1 (4.3)	44.7*
Attitude of NAs	1	52.3 (9.7)	48.4 (9.1)	44 (8.6)	49 (12)	15.75*

\* $P < 0.05$ .

Table 2 Comparisons between treatment and control groups for behaviour of nursing assistants and outcome measurements of dementia patients

Variables	d.f.	Pretest		Post-test		t value
		Treatment M (SD)	Control M (SD)	Treatment M (SD)	Control M (SD)	
Behaviour of NAs	16-3	0.39 (0.1)	0.39 (0.1)	0.57 (0.15)	0.28 (0.06)	6.0*†
Total eating time	18	12.2 (4.7)	9.6 (4.4)	14.4 (5)	8.9 (3.4)	2.7*
Food intake	18	0.9 (0.22)	0.78 (0.34)	0.85 (0.25)	0.94 (0.18)	0.82
EdFED score	18	7.4 (2.3)	7.8 (3.1)	10.3 (2.4)	8 (2.2)	2.1*

\* $P < 0.05$ .

†Represents equal variance not assumed.

People with dementia require a longer periods to finish their meals due to their feeding problems. The total eating time for dementia patients in the treatment group significantly increased than those in the control group after nursing assistants participated in the feeding skills training programme. The findings indicated that the nursing assistants did provide the dementia patients a longer period to eat and gave them more chance to self-feeding. According to the previous study (Backstrom *et al.* 1987), 94% of residents in long-term care were finished within 20 minutes. Compared with the findings in this study, it is even a shorter time period spent on the meals with a mean duration of 14 minutes, and ranged in 5–23 minutes in treatment group after the training programme. Furthermore, nursing assistants have addressed that feeding dementia patient is very time-consuming and there were too few caregivers to assist residents during mealtimes. This study suggested that it is necessary to increase the time requirements to implement the feeding assistance for dementia patients during mealtimes.

The nursing assistants who were in the treatment rated the higher score for feeding difficulty of dementia patients than those in the control group after participating in this training programme. The possible reason might be that the nursing assistants were sensitized to the feeding problems from the in-service classes and were more aware of the feeding difficulties among dementia patients. The feeding difficulties of dementia patients were assessed by means of the EdFED scale administered to the nursing assistants dependent on whether they thought about the extent of difficulty of the dementia patients. It is difficulty to guarantee that the same nursing assistant will feed the same dementia patient on a consistent basis. The feeding difficulty of one dementia patient might vary due to the inconsistency between different nursing assistants. Independent raters or multiple observations should be used to assess feeding difficulties of dementia patients rather than assessment by nursing assistants. The nursing assistants should be trained

to implement the EdFED scale to determine the equivalence between different nursing assistants. Higher level of feeding difficulties of dementia patients resulted in requiring a higher degree of assistance (Watson & Deary 1997) and were probably associated with better feeding behaviour performed by nursing assistants. In addition, the family members and volunteers visit during the mealtimes and may result in better feeding behaviours performed by nursing assistants. In this study, the dementia patients in the treatment group have higher frequency of family and volunteer participation during mealtimes because the institution of the treatment group is located in the metropolitan area and is easy to access.

The amounts of food ingested by dementia patients were similar in both groups at pre and post-test. Almost all (75–95%) food was ingested by dementia patients while fed by the nursing assistants in this study. The amount of food intake of dementia patients in Taiwan was not consistent with the previous studies. The food intake among dementia patients was found to be less than 30–50% in the previous studies (Roberts & Durnbaugh 2002, Amella 2002) and dementia patients have greater chance of an inadequate intake of food if they could not eat independently (Kayser-Jones 1997, Berkhout *et al.* 1998). Force-feeding dementia patients were frequently observed in this study such as pushing a spoon with food again the patient's lip, feeding larger bites, or feeding next bite without letting food be swallowed. Some nursing assistants want patients to get enough food and they force them for the patient's own good. But sometimes they just want to save the time and finish feeding as soon as possible. A major challenge of caring for dementia patients with feeding problems is being able to differentiate between lack of appetite and lack of eating ability (Hall 1994, Clibben 1996, Watson 1996, McGillivray & Marland 1999). Therefore, the amounts of food intake might not be a good indicator for testing the effects of the training programme.



## Limitation

Due to time, practical, personal and budget limitation, the small number of the observed sample would not have enough power to draw a conclusion. The sample was from two convenience-chosen dementia-specialized long-term care facilities in North of Taiwan; thus, findings cannot be generalized to all long-term care facilities or all dementia patients. The instruments regarding nursing assistants' knowledge, attitude, and behaviour observation checklist were developed in this study and further refinements are needed.

## Conclusions

The feeding problems of residents have not disappeared, but the caregivers had learned how to handle them. Providing enough eating time with one-to-one feeding assistance can enhance the quality of food service (Simmons *et al.* 2001). Insufficient staff without adequate training and insufficient time for feeding has been identified as barriers for nutritional care in long-term care facilities (Crogan & Shultz 2000, Crogan *et al.* 2001). Adding staff or organizing existing staff more efficiently is necessary for high-quality feeding assistance interventions (Castellanos *et al.* 2003). However, the dilemma between quality of care and the cost is raised and also the ethical issues need to be discussed in the future. Other nutritional data did not measure in this study such as weight change and should be included in future study.

## Acknowledgements

This study was supported by a grant from Sigma Theta Tau International-Alpha Mu Chapter, the Alumni Association of FPB School of Nursing, and partial support from National Health Research Institute (NHRI-EX93-9326PI) of Taiwan. Authors thank the nursing assistants, dementia patients, and their family members who participated in this study. Authors also acknowledge Miss Wanting Lin for assisting data collection and Laura Bobrowski for editing this manuscript.

## Contributions

Study design: CC, LL; data collection and analysis: CC and manuscript preparation: CC, LL.

## References

Alzheimer's society (2000) *Food for Thought*. Alzheimer's society, London.

- Ajzen I & Fishbein M (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Prentice-Hall Inc., New Jersey.
- Amella EJ (2002) Resistance at mealtimes for persons with dementia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 6, 117–122.
- Backstrom A, Norberg A & Norberg B (1987) Feeding difficulties in long-stay patients at nursing homes. Caregiver turnover and caregivers' assessments of duration and difficulty of assisted feeding and amount of food received by the patient. *International Journal of Nursing Studies* 24, 69–76.
- Berkhout AMM, Cool HJM & van Houwelingen HC (1998) The relationship between difficulties in feeding oneself and loss of weight in nursing-home patients with dementia. *Age and Aging* 27, 637–641.
- Berry EM & Marcus E (2000) Disorders of eating in the elderly. *Journal of Adult Development* 7, 87–99.
- Bonnel WB (1995) Managing mealtime in the independent group dining room: an educational program for nurse's aids. *Geriatric Nursing* 16, 28–32.
- Burgio LD, Stevens A, Burgio KL, Roth DL, Paul P & Gerstle J (2002) Teaching and maintaining behavior management skills in the nursing home. *The Gerontologist* 42, 487–496.
- Castellanos VH, Silver HJ, Gallagher-Allred C & Smith TR (2003) Nutrition issues in the home, community, and long-term care setting. *Nutrition in Clinical Practice* 18, 21–36.
- Clibbens R (1996) Eating, ethics and Alzheimer's. *Nursing Times* 92(50), 29–30.
- Colodny N (2000) Comparison of dysphagics and nondysphagics on pulse oximetry during oral feeding. *Dysphagia* 15, 68–73.
- Crogan NL & Shultz JA (2000) Nursing assistants' perceptions of barriers to nutrition care for residents in long-term care facilities. *Journal for Nurses in Staff Development* 16, 216–221.
- Crogan NL, Shultz JA, Adams CE & Massey LK (2001) Barriers to nutrition care for nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing* 27, 25–31.
- Durnbaugh HT, Haley B & Roberts S (1996) Assessing problem feeding behaviors in mid-stage Alzheimer's disease. *Geriatric Nursing* 17, 63–67.
- Hall GR (1994) Chronic dementia: challenges in feeding a patient. *Journal of Gerontological Nursing* 20(4), 21–30.
- Hamdy RC, Turnbull JM, Clark W & Lancaster MM (1994) *Alzheimer's disease: a handbook for caregivers*. Mosby, St Louis.
- Hartig MT (1998) Expert nursing assistant care activities. *Western Journal of Nursing Research* 20, 584–601.
- Kaiser CM, Williams KB, Mayberry W, Braun J & Pozek KD (2000) Effect of an oral health training program on knowledge and behavior of state agency long-term-care surveyors. *Special Care in Dentistry* 20, 66–70.
- Kayser-Jones J (1997) Inadequate staffing at mealtime: implications for nursing and health policy. *Journal of Gerontological Nursing* 23, 14–21.
- Kayser-Jones J & Schell E (1997) The mealtime experience of a cognitively impaired elder: ineffective and effective strategies. *Journal of Gerontological Nursing* 23, 33–39.
- Lin LC & Chang CC (2003) A Chinese translation of EdFED-Q and assessment of equivalence. *Alzheimer Disease Association Disorder* 17, 230–235.

- McGillivray T & Marland GR (1999) Assisting demented patients with feeding: problems in a ward environment. *Journal of Advanced Nursing* 29, 608-614.
- Peterson D, Berg-Weger M, McGillick J & Schwartz L (2002) Basic care I: the effect of dementia-specific training on certified nursing assistants and other staff. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 17, 154-164.
- Pierson CA (1999) Ethnomethodologic analysis of accounts of feeding demented residents in long-term care. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 31, 127-131.
- Rohrbaugh R & Siegel A (1989) Reversible anorexia and rapid weight loss associated with neuroleptic administration in Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* 2, 45-47.
- Roberts S & Durnbaugh T (2002) Enhancing nutrition and eating skills in long-term care. *Alzheimer's Care Quarterly* 3, 316-329.
- Simmons SF, Osterweil D & Schnelle JF (2001) Improving food intake in nursing home residents with feeding assistance: a staffing analysis. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 56A, M790-M794.
- Simmons SF, Lim B & Schnelle JF (2002) Accuracy of Minimum Data Set in identifying residents at risk for undernutrition: oral intake and food complaints. *Journal of American Medical Directors Association* 3, 140-145.
- Thomson M & Burke K (1998) A nursing assistant training program in a long term care setting. *Gerontology & Geriatrics Education* 19, 23-35.
- Volcker L, Seltzer B, Rheume Y, Karner J, Glennon M, Riley ME & Crino P (1987) Progression of Alzheimer type dementia in institutionalized patients: a cross-sectional study. *Journal of Applied Gerontology* 6, 83-94.
- Wasson K, Tate H & Hayes C (2001) Food refusal and dysphagia in older people with dementia. *International Journal of Palliative Nursing* 7, 465-471.
- Watson R (1993) Measuring feeding difficulty in patients with dementia: perspectives and problems. *Journal of Advanced Nursing* 18, 25-31.
- Watson R (1994) Measuring feeding difficulty in patients with dementia: developing a scale. *Journal of Advanced Nursing* 19, 257-263.
- Watson R (1996) The Mokken scaling procedure (MSP) applied to the measurement of feeding difficulty in elderly people with dementia. *International Journal of Nursing Studies* 33, 385-393.
- Watson R (1997) Undernutrition, weight loss and feeding difficulty in elderly patients with dementia: a nursing perspective. *Reviews in Clinical Gerontology* 7, 317-326.
- Watson R (2002) Eating difficulty in older people with dementia. *Nursing Older People* 14, 21-25.
- Watson R & Deary IJ (1997) Feeding difficulty in elderly patients with dementia: confirmatory factor analysis. *International Journal of Nursing Studies* 34, 405-414.
- Watson R, Macdonald J & McReady T (2001) The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Scale #2 (EdFED #2): inter and intra-rater reliability. *Clinical Effectiveness in Nursing* 5, 194-186.
- Zanetti O, Meritieri T, Bianchetti A & Trabucchi M (1998) Effectiveness of an educational program for demented person's relatives. *Archives Gerontology Geriatrics* 6(Suppl.), 531-538.

## **Anexo XII**

Níveis de evidência científica segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2005)

### **Níveis de evidência científica segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2005)**

- **Nível I** - Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de directrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;
- **Nível II** - Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
- **Nível III** - Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- **Nível IV** - Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;
- **Nível V** - Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- **Nível VI** - Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- **Nível VII** - Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comités de especialistas.

### **Anexo XIII**

Fichas de leitura dos artigos selecionados



## Ficha de Leitura do 1º artigo

<b>Título</b>	Perceptions of training for care attendants employed in the care of older people. “Percepções da formação para os assistentes de enfermagem nos cuidados às pessoas idosas.
<b>Autor e Filiação</b>	Alice Coffey, MEd, RGN, RM, RNT College Lecturer, School of Nursing and Midwifery, National University of Ireland, Cork, Ireland
<b>Publicação</b>	Journal of Nursing Management; Setembro de 2004; Número 12; Edição: 5; Páginas 322–328; Artigo; ISSN:0966-0429; Base de dados: CINAHL Complete.
<b>Palavras-chave</b>	Assistentes de enfermagem, idosos, formação, enfermagem.
<b>Objectivo</b>	Explorar as percepções dos enfermeiros e dos assistentes de enfermagem sobre a importância da formação nos cuidados às pessoas idosas no sul da Irlanda e a sua implicação no contexto profissional dos assistentes.
<b>Participantes</b>	Enfermeiros (n=40) e assistentes de enfermagem (n=40)
<b>Resumo</b>	<p>Durante muito tempo os assistentes de enfermagem foram desvalorizados e subestimados os seus cuidados aos idosos dependentes. As diversas designações para a profissão e a ausência de regulamentação ao nível das funções a desempenhar permitiu que a própria formação não fosse encarada como uma prioridade. É reconhecida a importância do apoio dos assistentes de enfermagem, sendo os enfermeiros os profissionais mais capacitados, através dos seus conhecimentos teóricos e práticos, para a construção dos alicerces de um projeto formativo comum para esta classe profissional. Esta colaboração permitirá a avaliação e certificação de competências, pois a formação é vista como essencial para esta mudança e para o desenvolvimento profissional “a formação é vista como uma forma de habilitar o exercício de tarefas que conduz a funções mais concretas para a profissão de assistente de enfermagem”.</p> <p>A formação dinâmica e suportada por documentos recentes, deverá ser adequada ao grupo alvo, ter uma vertente teórica e prática, seguida de tarefas adicionais, por exemplo projectos ou trabalhos, numa avaliação contínua. O estabelecimento de parcerias na formação permitirá o enriquecimento formativo.</p>
<b>Métodologia</b>	Estudo qualitativo, envolvendo os assistentes de enfermagem e os enfermeiros de 2 hospitais de cuidados de longa duração a pessoas idosas do sul da Irlanda. Análise dos pensamentos e percepções em matéria de formação. O grupo constituído por 40 enfermeiros e 40 assistentes de enfermagem, participaram no estudo de forma voluntária, anónima e mediante um consentimento informado. Antes da aplicação do instrumento de colheita de dados foi realizado um brainstorming para validação da pertinência da temática.
<b>Intervenção</b>	Iniciou-se com uma discussão num grupo foco de 8 assistentes de enfermagem, representativo da população, para permitir um ‘brainstorming’ com partilha de ideias e pontos de vista entre os participantes. Posterior construção e aplicação de um questionário de 4 perguntas abertas relacionadas com: nível da percepção da importância da formação, relação entre a formação e o desempenho profissional e a importância dos enfermeiros na formação dos assistentes. Aplicado pré-teste para validação do documento. Resultados obtidos por análise de conteúdo.
<b>Resultados</b>	O estudo evidencia a sensibilização e motivação dos enfermeiros e dos assistentes de enfermagem para a formação, bem como relação entre esta e a definição das funções a desempenhar pelos assistentes. Recorrendo aos conhecimentos teóricos e da prática profissional, os enfermeiros deverão ser os alicerces da construção de um modelo base de formação para os assistentes de enfermagem.
<b>Conclusões</b>	Os assistentes de enfermagem estão despertados para a importância da formação, sendo esta encarada como uma mais-valia para o reconhecimento da actividade profissional, abrindo caminho à melhoria dos cuidados e à progressão na carreira. Deverá haver uma regulamentação da profissão com esclarecimento de funções e uma formação comum de base com envolvimento dos enfermeiros. Os enfermeiros devem ter um papel ativo na formação e supervisão dos assistentes de enfermagem, enquanto líderes dos cuidados aos utentes capazes de identificar necessidades e planear a formação adequada ao grupo alvo. Pelo fato de a amostra ser pequena, não se deve fazer generalizações, embora a escolha dos locais não seja próxima, não tenha havido abstenção de respostas e houvesse confirmação dos resultados por outro investigador. Não é explícito o período de colheita de dados.
<b>Nível de evidência</b>	Nível V de evidência segundo Guyatt e Rennie (2002).

## Ficha de Leitura do 2º artigo

<b>Título</b>	Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients. “Resultado de um programa de formação de competências para assistentes de enfermagem, ao nível da alimentação e suas implicações nos utentes com demência”.
<b>Autor e Filiação</b>	- Chia-Chi Chang PhD, RN Assistant Professor, School of Nursing, China Medical University, Taichung, Taiwan. - Li-Chan Lin PhD, RN Professor, Institute of Clinical Nursing, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan.
<b>Publicação</b>	Journal of Clinical Nursing; Novembro de 2005; Número: 14; Edição: 10; Páginas: 1185-1192; Artigo; ISSN:09621067; Base de dados: CINAHL Complete.
<b>Palavras-chave</b>	Demência, teste de Edinburg no regime alimentar, dificuldade alimentar, programa de formação de competências, instituições residenciais de cuidados, assistentes de enfermagem, enfermagem.
<b>Objectivo</b>	Desenvolver um programa de formação de competências para assistentes de enfermagem, ao nível da alimentação, verificando as intervenções e testando os seus efeitos no conhecimento, atitude e comportamento, bem como o seu resultado nos utentes com demência.
<b>Participantes</b>	Assistentes de enfermagem (N= 67)
<b>Resumo</b>	Realização de um programa de formação, ao nível da alimentação, concreto e aplicável ao contexto de trabalho dos assistentes de enfermagem, com vertente teórica e prática. Através de sessões planeadas, os conteúdos abordados, com adequação ao grupo alvo (ex: idade e cultura), foram reunidos em suporte escrito e entregue a cada formando. As sessões tiveram um caráter dinâmico e permitiram a interação entre o enfermeiro e os assistentes, para que a proximidade permitisse a partilha de conhecimentos, experiências, dificuldades e percepções, fomentando-se o espírito crítico, valorização, motivação e incentivo para a descoberta do conhecimento. Uso de vídeos alusivos à temática, linguagem simples clara e estabelecidas parcerias para melhor atingir os objetivos. Cada sessão foi iniciada com uma questão e no final os formandos tinham de ser capaz de responder. A aula prática, em contexto de cuidados foi essencial para a consolidação dos conhecimentos teóricos. Foi enfatizado que devem ser usados conhecimentos científicos recentes baseados por exemplo em protocolos reconhecidos. A formação melhorou os conhecimentos teóricos e práticos dos assistentes de enfermagem, atitudes e comportamentos para com os utentes com demência.
<b>Métodologia</b>	Estudo quase experimental, com aprovação ética, envolvendo os assistentes de enfermagem de duas instituições residenciais de cuidados especializados em demência no Norte de Taiwan. Escolha de profissionais que exercem funções à pelo menos 6 meses na instituição, divididos (de forma aleatória) em 2 grupos semelhantes (idade e escolaridade): 31 em grupo sujeito a formação e 37 em grupo de controle. Foi aplicado um pré e pós-teste, analisando-se os resultados ao nível do conhecimento, atitudes e comportamento antes e após a formação, recorrendo ao uso de formulários e observação direta durante os cuidados com os utentes. Colheita de dados entre Fevereiro e Maio de 2014. Avaliação de conhecimentos inicial e final com aferição do curso no final.
<b>Intervenção</b>	A formação, organizada em aulas teóricas e práticas, aborda aspetos gerais e específicos da temática, havendo em contexto de cuidados um reforço dos conhecimentos teóricos, avaliação das dificuldades e treino de competências. Compilação dos conteúdos em suporte escrito e entregue a cada formando. Cada assistente, seguindo vários doentes, foi acompanhado pelo investigador durante 1 hora, sendo aplicados 4 questionários relacionados com: conhecimento, atitude, comportamento e escala de Edinburg. A validação dos dados foi feita por psicólogos e enfermeiros.
<b>Resultados</b>	Comparando com o grupo de controle, a intervenção formativa no grupo sujeito a formação apresentou uma melhoria de conhecimentos (47,7%), atitude (15.8%) e comportamento (6%). A mesma tendência verificou-se no tempo despendido para a alimentação, incentivo para o auto-cuidado e uma diminuição na dificuldade de alimentação pelo utente.
<b>Conclusões</b>	Com o programa de formação de competências ao nível da alimentação, foi possível melhorar o conhecimento, atitude e comportamento, ou seja o desempenho profissional dos assistentes de enfermagem entre aqueles que tiveram as ações formativas. Contudo, não pode haver uma generalização, pelo facto de o grupo ser pequeno e haver diferentes nacionalidades e culturas entre os participantes no estudo. Foram incentivados mais estudos na área.
<b>Nível de evidência</b>	Nível V de evidência segundo Guyatt e Rennie (2002).

#### **Anexo XIV**

Autorização do Presidente da Direção IPSS para participação no projeto



- UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA -



Helder Miguel Rodrigues Carreira  
Marrazes, 7 de Março de 2015

Ex. Sr. Presidente da Direção da AMITEI

#### PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Enquanto Enfermeiro do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Santarém, estando a realizar um estágio na Unidade de Saúde Pública do ACES Pinhal Litoral, sob a orientação da Enfermeira Fátima Soares e da Professora Rosário Machado, venho por este meio solicitar a Vossa Exa. que se digne autorizar a inscrição e participação dos Ajudantes de Ação Direta (AAD) na acção de formação do projeto "Rumo ao Bem- Estar" - Informar para melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto.

Envolvendo uma IPSS e uma Instituição Privada, o tema em estudo prende-se com as necessidades formativas dos prestadores de cuidados à pessoa dependente, perspetivando-se atingir os seguintes objectivos:

- Caracterização dos AAD das instituições envolvidas;
- Sensibilização dos AAD para a importância dos cuidados de higiene e conforto;
- Melhorar o nível de conhecimentos dos AAD;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos AAD.

Os dados obtidos serão usados exclusivamente como material de trabalho para a temática em análise, estando garantida a privacidade e anonimato dos participantes.

Manifesto a inteira disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional.

Na expectativa de uma resposta favorável, subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

Helder Carreira

Assinatura do responsável da IPSS AMITEI autorizando a participação no projeto:

Marrazes, 13/03/2015

## **Anexo XV**

Guião de entrevista à Diretora Técnica da IPSS

## **Guião de Entrevista - Diretora Técnica da AMITEI**

Projeto de Intervenção Comunitária:

### **“Rumo ao Bem- Estar”- Formar para melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos Ajudantes de Ação Direta**

Enquanto Enfermeiro do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Santarém, encontro-me a realizar um estágio na Unidade de Saúde Pública do ACES Pinhal Litoral, sob a orientação da Enfermeira Fátima Soares e da Professora Rosário Machado.

O tema selecionado prende-se com as necessidades formativas dos Ajudantes de Ação Direta, enquanto prestadores de cuidados à pessoa dependente numa IPSS.

Neste sentido pretende-se:

- Sensibilização dos AAD para a importância dos cuidados de higiene e conforto;
- Melhorar o nível de conhecimentos dos AAD;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos AAD.

Para que tal seja possível, pretende-se a sua colaboração no sentido do fornecimento de alguns dados considerados pertinentes para o tema abordado

1. Há quanto tempo é diretora da instituição?
2. Quais as valências que a instituição dispõe?
3. Nº de AAD que trabalham na instituição?
4. Nº de AAD que dispõe para visitação domiciliária?
5. Qual o nº de utentes residentes?
6. Qual o nº de utentes em visitação domiciliária?
7. Como estão organizados os AAD nas valências: residência e SAD?
8. Equipas fixas ou rotativas?
9. Qual a média de idades dos recetores de cuidados?
10. Qual ou quais os diagnósticos mais presentes?

**Relativamente à visitação domiciliária:**

11. Qual o horário e dias em que é realizada visitação domiciliária?
12. Quais os serviços que fornece na visitação domiciliária?
13. Distância entre domicílios?
14. Quantos momentos diários dispõe para visitação domiciliária?
15. Tempo médio de duração de uma visitação domiciliária?
16. Existência de Plano de formação? Se sim, periodicidade?
17. Plano de formação específico para os AAD na residência e em SAD?
18. Existe algum inquérito para avaliar as necessidades formativas?
19. Se não, como são selecionados os temas?
20. Presença obrigatória nas formações realizadas?
21. N.º de horas/por ano?
22. Temas mais abordados?
23. Quem realiza a formação?
24. Sugere alguma área temática a intervir?
25. Quais as necessidades/problemas do seu ponto de vista existentes na instituição?
26. O que pensa do projeto “Rumo ao Bem- Estar”- Informar para melhorar os Cuidados de
27. Higiene e Conforto dos Ajudantes de Ação Direta?

Disponibilizar:

- Modelo do inquérito usado para levantamento das necessidades formativas;
- Organograma, regulamento interno e plano de ação.

## **Anexo XVI**

Critérios de inclusão da amostra para participação no projeto de intervenção



### **Critérios de inclusão da amostra para participação no projeto de intervenção**

- Ser funcionário da IPSS AMITEI, há pelo menos um mês;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Prestar cuidados em SAD ou na ERPI;
- Possuir capacidades para compreender e responder verbalmente ao instrumento de recolha de dados;
- Anuência para a participação no estudo.

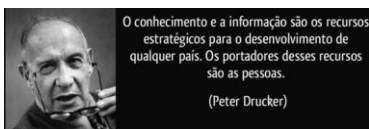
## **Anexo XVII**

Folheto de divulgação do curso de formação

## Qual a importância da formação para os AAD?

A formação é essencial para a aquisição de competências e saberes, pois enquanto profissão, com uma forte natureza relacional, o desenvolvimento do saber-ser, saber-estar e saber-fazer, são imprescindíveis para um bom desempenho profissional. Só mediante uma formação coesa e estruturada é possível aumentar a produtividade, melhorar a motivação e participação, facilitar a comunicação, contribuir para a resolução de problemas e alcançar níveis de qualidade de cuidados (Jacob, 2002).

O CONHECIMENTO  
É COMO UM JARDIM.  
SE NÃO FOR CULTIVADO,  
NÃO PODE SER COLHIDO.  
Fernando Azeiteiro



**Melhorar os conhecimentos  
teóricos e práticos**

**Pela Melhoria dos  
Cuidados aos utentes.**



## Porque são importantes os cuidados de higiene e conforto ?



Estimula a circulação

Ajuda a prevenir infeções

Aumenta Bem- Estar físico e psicológico



Limpeza e hidratação adequada da pele



Assegurar uma  
higiene oral  
adequada

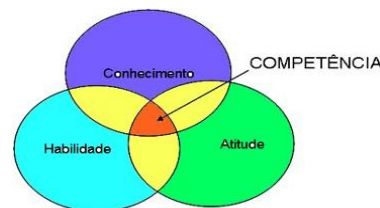


Evitar o aparecimento de feridas  
(úlceras de pressão)



## Alguns conteúdos abordados ...

- Formação profissional;
- Envelhecimento;
- Dependência;
- Cuidados com o banho;
- Higiene oral;
- Posicionamentos;
- Ajudas técnicas;
- Trabalho em equipa;
- Dimensão psico-social de um idoso;
- Exercício físico;
- Alimentação.



UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
5º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

## COMO MELHORAR OS CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO ?



**CURSO DE FORMAÇÃO**

Trabalho no âmbito da  
especialidade em Enfermagem  
Comunitária, relativo às  
Necessidades Formativas dos AAD.

Mestrando: Helder Carreira

## **Anexo XVIII**

Ficha de inscrição no curso de formação

Projeto de intervenção comunitária:

*"Rumo ao Bem-Estar" - Formar para Melhorar  
os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD.*

CURSO DE FORMAÇÃO



FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome:

Morada:

Telemóvel:

Seguidamente, queira por favor selecionar uma das seguintes opções:

1. Idade: Menos de 20 anos ☐ 20 a 39 anos ☐ 40 a 59 anos ☐ 60 ou mais anos ☐

2. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3. Estado civil: Solteiro/a ☐ Casado/a ou União de facto ☐ Divorciado/a ou Separado/a ☐ Viúvo/a ☐

4. Nacionalidade: Portuguesa ☐ Outra ☐ Qual ?

5. Habilitações literárias: 1º Ciclo do Ensino Básico (1ª/4ª classe) ☐ 2º Ciclo do Ensino Básico (5ª/6ª ano) ☐  
3º Ciclo do Ensino Básico (7ª, 8ª, 9ª ano) ☐ Ensino Secundário (10ª/11ª/12ª ano) ☐ Ensino Superior ☐ Ensino profissional ☐

6. Tem formação na área da prestação de cuidados à pessoa dependente?

Não ☐ Sim ☐ Há quanto tempo?

7. Há quanto tempo fez a última formação?

Menos de 1 ano ☐ 1 a 2 anos ☐ Mais de 2 anos ☐

8. Há quanto tempo exerce a atividade profissional de cuidador?

Menos de 1 ano ☐ 1 a 5 anos ☐ 6 a 10 anos ☐ Mais de 10 anos ☐

9. Há quanto tempo exerce a atividade profissional de cuidador na instituição?

Menos de 1 ano ☐ 1 a 5 anos ☐ 6 a 10 anos ☐ Mais de 10 anos ☐

10. A atividade profissional de cuidador foi uma escolha pessoal?

Não ☐ Sim ☐

11. Horas de trabalho semanal:

Menos de 20 horas ☐ 20 a 29 horas ☐ 30 a 39 horas ☐ 40 ou mais horas ☐

12. Regime de horário:

Rotativo ☐ Fixo ☐

13. Tipo de contrato:

Prestação de serviços ☐ Termo certo ☐ Efetivo ☐ Outro ☐ Qual ?

14. Como classifica o seu nível de formação?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito bom ☐ Excelente ☐

15. De acordo com a sua formação como classifica o nível de cuidados que presta?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito bom ☐ Excelente ☐

16. Na sua opinião, com que regularidade deveria ser dada a formação na instituição?

Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Desconhece ☐

17. Nome da instituição:


Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(assinatura)

## **Anexo XIX**

Autorização de Sofia Militar para o uso do seu questionário

---

 **ficha de inscrição.pdf**  
414K

---

**Sofia Militar** <sofiamilitar.animaiderua@gmail.com>  
Para: hcarreira <carreiramaill@gmail.com>

30 de março de 2015 19:27

Boa tarde En<sup>re</sup> Helder!

É com todo o gosto que autorizo a utilização do questionário e alterações ao mesmo.

Boa sorte e bom trabalho.

Sofia Militar

No dia 28 de março de 2015 às 14:11, hcarreira <carreiramaill@gmail.com> escreveu:

Exma. Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Sofia Militar,

À semelhança do pedido de autorização para uso do seu questionário, no ensino clínico 1, relativo ao diagnóstico das necessidades formativas dos Ajudantes de Ação Direta (AAD), o qual teve o seu parecer positivo (email infra), venho por este meio fazer uma nova solicitação formal para o ensino clínico 2, este relacionado com o projeto de intervenção comunitária "Rumo ao Bem-Estar"- Informar para melhorar os cuidados de higiene e conforto dos AAD.

Mais informo que este último estágio é individual e decorrerá na Unidade de Saúde Pública do ACES Pinhal Litoral.

Anexo um exemplar com a adaptação pretendida, para assim ir ao encontro das metas definidas.

Estou disponível para esclarecimentos adicionais, se assim o entender.

Peço diferimento,

---

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=76fbe90981&view=pt&search=inbox&th...> 31-03-2015

## **Anexo XX**

Consentimento informado para participação no projeto



## CONSENTIMENTO INFORMADO

Enquanto Enfermeiro do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Santarém, estando a realizar um estágio na Unidade de Saúde Pública do ACES Pinhal Litoral, sob a orientação da Enfermeira Fátima Soares e da Professora Rosário Machado, venho por este meio solicitar a participação de Vossa Exa. na inscrição e participação no Curso de Formação “Rumo ao Bem- Estar”- Formar para melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos Ajudantes dos Ação Direta (AAD).

Estando relacionado com as necessidades formativas dos prestadores de cuidados à pessoa dependente de uma IPSS, pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

- Sensibilização dos AAD para a importância dos cuidados de higiene e conforto;
- Melhorar o nível de conhecimentos dos AAD;
- Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos AAD.

Todos os dados recolhidos ao longo do projeto obedecem à condição de anonimato e são confidenciais, sendo o uso exclusivo para o tema em estudo.

Assinatura do formando dando a sua autorização para fazer parte do projeto:

---

Marrazes, \_\_/\_\_/\_\_

Grato pela colaboração,

O Enfermeiro  
Helder Carreira

## **Anexo XXI**

Documento de suporte à formação


  
 - UNIDADE DE SAÚDE PÚBLICA -

## “RUMO AO BEM-ESTAR”

**Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos Ajudantes de Ação Directa**




  
 Projeto de Intervenção Comunitária, inserido no Mestrado em Enfermagem Comunitária, relativo às necessidades formativas dos AAD.
   
 - Enf. Helder Carreira -
   
 Março de 2015

### Objetivos para o formando:

- Reconhecer a importância da formação para o desempenho profissional;
- Compreender o envelhecimento como um processo que implica mudanças físicas, psicológicas e sociais;
- Entender o conceito de dependência;
- Compreender a importância e o modo de efetuar os cuidados ao nível da pele, banho, higiene íntima, cabelos, barba, unhas e higiene oral;
- Saber como posicionar adequadamente um utente de forma de evitar o aparecimento de úlceras de pressão;
- Executar transferências de acordo com a necessidade de mobilidade do utente, de modo individual e com ajuda;
- Ficar desperto para a diversidade de ajudas técnicas existentes, como forma de facilitar a execução de tarefas;
- Compreender a importância do repouso, do exercício físico e outras atividades lúdicas, como essenciais ao bem estar físico e psicológico do utente dependente.
- Ter presente a alimentação adequada à pessoa idosa, dificuldades mais comuns e formas de as ultrapassar, usando procedimentos corretos.
- Reconhecer a importância da hidratação como forma de prevenir complicações.
- Ficar motivado para a melhoria dos cuidados de higiene e conforto na profissão de AAD.

Helder Carreira

### Atividades, estratégias e avaliação:

- Ficha de avaliação de conhecimentos inicial e final;
- Desenvolvimento do curso de acordo com os conteúdos programáticos;
- Elaboração de um trabalho de grupo;
- Aferição da curso de formação;
- Entrega do certificado de presença;
- Análise crítica do projeto;
- Elaboração de um poster alusivo à temática (18 a 29 de Maio);
- Uso de metodologia expositiva e construtivista;
- Visualização de vídeos alusivos à temática;
- Avaliação contínua: assiduidade, participação, motivação, capacidade de trabalho em equipa, ficha de avaliação, aula teórico-prática e elaboração do poster.



### Formadores:

- Enf. Helder Carreira;
- Enf. Esp. Reabilitação Ana Carolina (módulo 3 e 5);
- Assistente Social Dr.ª Hélia Carla (módulo 4).

Helder Carreira

### Cronograma e conteúdos:

DIA	HORA	DESIGNAÇÃO	CONTEÚDOS
25 de Março	15h às 17h	Módulo 1	- Ficha de avaliação de conhecimentos inicial; - Formação profissional; - Envelhecimento; - Dependência; - Necessidades humanas básicas; - Cuidados de saúde: higiene e conforto;
16 de Abril		Módulo 2	- Pele; - Higienização das mãos; - Banho; - Higiene íntima; - Cuidados com os cabelos; - Cuidados com a barba; - Cuidados com unhas; - Higiene oral;
22 de Abril		Módulo 3	- Posicionamentos; - Transferências; - Ajudas técnicas; - Trabalho em equipa;
28 de Abril		Módulo 4	- Dimensão psicossocial; - Atividade física; - Sono e repouso; - Alimentação;
6 de Maio		Módulo 5	- Globais (aula teórico-prática);
13 de Maio		Módulo 6	- Ficha de avaliação de conhecimentos final; - Apresentação dos trabalhos de grupo; - Aferição do curso.

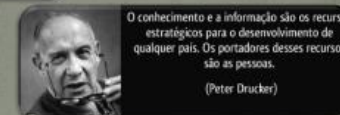
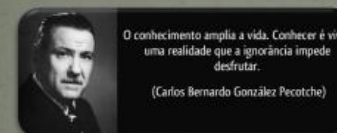
Helder Carreira

### FORMAÇÃO



Helder Carreira

### Porque é importante o conhecimento?



Helder Carreira

## Qual a importância da formação?

A formação é essencial para a aquisição de competências e saberes, pois numa profissão em que haja uma forte natureza relacional, o desenvolvimento do saber-ser, saber-estar e saber-fazer, são imprescindíveis para um bom desempenho profissional. Só mediante uma formação coesa e estruturada é possível aumentar a produtividade, melhorar a motivação e participação, facilitar a comunicação, contribuir para a resolução de problemas e alcançar níveis de qualidade de cuidados (Jacobs, 2002).



Helder Carneira

## ENVELHECIMENTO



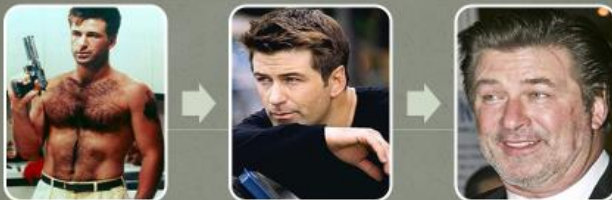
Helder Carneira

## O envelhecimento acontece para todos ...



Helder Carneira

## O envelhecimento acontece para todos ...



Helder Carneira

## O envelhecimento acontece para todos ...



Helder Carneira



Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevivência prolongada (Mendes, et al, 2005).

Classificado cronologicamente pela OMS (2014) idoso a pessoa com mais de 65 anos de idade, em países desenvolvidos, representa uma faixa etária em que ocorrem mudanças físicas e emocionais, ou por outras palavras, a "acumulação de mudanças ao longo vida" (Marques, 2008).



Helder Carneira





Processo multifatorial e subjetivo, ou seja, cada indivíduo tem sua maneira própria de envelhecer. Engloba um conjunto de fatores que vai além do fato de ter mais de 65 anos, deve-se levar em consideração também condições:

- **BIOLOGICAS:** relacionada com a idade, que se traduz num declínio harmónico de todo conjunto orgânico, tornado-se mais acelerado quanto maior a idade;
- **SOCIAIS:** variam de acordo com o momento histórico e cultural;
- **ECONOMICAS:** reforma;
- **INTELECTUAIS:** faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração;
- **FUNCIONAL:** quando há perda da independência e autonomia, precisando de ajuda para desempenhar suas atividades básicas do dia-a-dia.

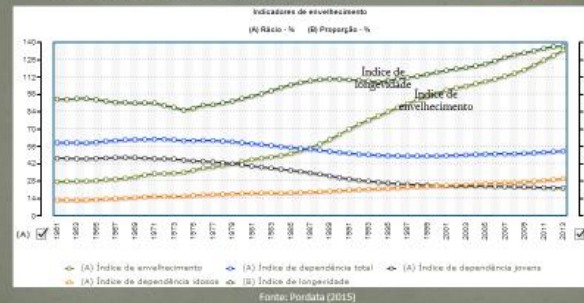
(Dias, 2007)

Helder Carneira

## Envelhecimento em Portugal:

Índice

- Envelhecimento: 27,5% (1961) e 133,5% (2013)
- Longevidade: 33,6% (1961) e 48,9% (2013)



Helder Carneira

O envelhecimento da população é uma tendência mundial e é reflexo de vários fatores, como a diminuição das taxas de mortalidade e fecundidade, progresso da medicina e avanços tecnológicos que, juntos, possibilitaram um aumento na expectativa de vida (Costa, 2014; Sachor, 2014).



Helder Carneira

## Algumas alterações decorrentes:



- Aparecimento de rugas e progressiva perda da elasticidade e resistência da pele;
- Diminuição da força muscular, da agilidade e da mobilidade das articulações;
- Aparecimento de cabelos brancos e/ou perda definitiva dos cabelos (alopecia);
- Redução da acuidade sensorial (auditiva e visual);
- Declínio da produção de certas hormonas, o que afeta a capacidade auto-regenerativa dos tecidos e conduz à atrofia da atividade formadora de gametas (climatório);
- Alterações no sistemas respiratório, circulatório (arteriosclerose, problemas vasculares e cardíacos), urogenital;
- Alteração da memória, raciocínio, sono, percepção;
- Diminuição dos reflexos, etc...

(adaptado de Netto, 1996)

Helder Carneira



O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos -**senescência**- o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema.

No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência -**senilidade**.

Cosack, et al. (2011)



Helder Carneira

## DEPENDÊNCIA



Helder Carneira

## Dependência:

Vulnerabilidade que a pessoa apresenta em relação aos estímulos ambientais. Habitualmente, a situação é observada em pessoas com uma combinação de doenças ou limitações funcionais que diminui a capacidade de adaptação aos stressores causados por doenças de caráter agudo, crónico, internamentos ou outras situações de risco (Caritas, 2003).

As situações de dependência não são exclusivas de um determinado grupo etário, existindo pessoas dependentes de todas as idades, contudo a maior prevalência observa-se claramente na população idosa.

Debilidade

Fragilidade

Fraqueza



A dependência funcional sendo um dividendo de uma deficiência e/ou de uma incapacidade/limitação da atividade, constitui uma desvantagem social/limitação da participação, que leva à necessidade de auxílio de terceiros para a execução de determinadas atividades (Botelho, 2000).

Helder Carreira

- A dependência no idoso surge normalmente com o passar dos anos.
- Esta pode agravar-se devido à ausência de apoio e de afecto familiar que leva à solidão e isolamento.



<https://www.youtube.com/watch?v=xmu56g9d4>

Helder Carreira

## Respostas sociais de apoio à dependência:



Esta rede de estruturas sociais (ex: IPSS) têm com preocupação a manutenção da pessoa dependente no seu quadro habitual de vida, como meio necessário e fundamental ao seu melhor equilíbrio e bem-estar, procurando proporcionar cuidados que satisfaçam as necessidades básicas dos utentes (Carvalho, 2009).

Helder Carreira

## NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS



Helder Carreira

As necessidades humanas básicas são necessidades comuns a qualquer ser humano, portanto, são universais. O que varia de um indivíduo para outro é a sua manifestação e a adequada maneira de satisfazê-las ou atendê-las (Spindler, 2014).



As necessidades humanas básicas é aquilo que na pessoa é **imprescindível** para poder sobreviver ou funcionar o mais adequadamente possível de tal modo que atinja um nível de equilíbrio satisfatório (Spindler, 2014).

Helder Carreira

Os cuidados humanos básicos são os que são prestados às pessoas para satisfação das suas necessidades humanas básicas.



Nos idosos a satisfação das necessidades fisiológicas está muito dependente da prestação de cuidados, como os dos AAD, assumindo esta uma dimensão muito importante no seu bem estar.

Os idosos sentem maior dificuldade na satisfação das necessidades relacionadas com: higiene pessoal, vestir e despir e mobilidade (Brandão, 2009).

Helder Carreira



## CUIDADOS DE SAÚDE: HIGIENE E CONFORTO



Helder Carreira



Helder Carreira



Helder Carreira



### Fatores que proporcionam desconforto

Instalações precárias sem qualquer higienização;  
Temperaturas desfavoráveis;  
Roupa suja ou rota;  
Carência no uso de água;  
Falta de higiene pessoal e receção de cuidados básicos;  
Ineficiência das pessoas cuidadoras.

### Fatores que proporcionam conforto

Boas condições de habitação e equipamentos;  
Boa e eficaz higienização atribuída;  
Receber cuidados básicos e médicos;  
Bons recursos como a água e a temperatura;  
Vestuário e roupa da cama sempre limpa e desinfetada.  
Profissionais competentes.

(adaptado de Silva, 2014)

Helder Carreira

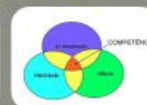
## Fatores que proporcionam conforto:



Água



Temperatura adequada  
(23-25°C)



Profissionais competentes



Cuidados médicos



Boas instalações



Higienização



Vestuário e roupa limpa

Helder Carreira

Os cuidados básicos de higiene e conforto são fundamentais para a promoção da saúde. A manutenção da higiene é necessária para o bem-estar, segurança e a sensação de conforto e qualidade de vida de uma pessoa (Pianucci, 2002).

A higiene dos idosos é de enorme importância tanto para **aumentar a auto-estima** quanto para a **saúde** deles, principalmente na **prevenção de doenças** de pele e não pode ser considerada como vaidade e sim boa saúde que se reflecte na **qualidade de vida** (Patrícia, 2007).



Durante o envelhecimento e a doença, a capacidade de nos auto-cuidarmos diminui e a carência de cuidados de higiene aumenta, como tal, o cuidador deve contribuir para conservar a saúde e o bem-estar do idoso, prestando bons cuidados de higiene (Oliveira, et al, 2010)

Helder Carreira

## Tipos de higiene:

- **PARCIAL:** é aquela que tem em conta os cuidados específicos de cada parte do corpo, frequentemente as regiões com secreção abundante e maior carência de higiene (cara e boca, mãos, axilas, pés e genitais).
- **TOTAL:** consiste no banho total, completo, desde a higiene ao corpo até ao cortar das unhas e cuidados com o cabelo.

(Oliveira, 2010)

LEITO

CHUVEIRO

- dependendo das características de quem é cuidado -

Helder Carreira

## Grau de dependência nos cuidados:

- **INDEPENDENTE:** quando não precisa de ajuda na higiene, necessitando apenas de vigilância e/ou incentivo.
- **SEMI-DEPENDENTE:** quando lava a maior parte do corpo, necessitando de alguma ajuda. Nesta situação, o cuidador deve:
  - Aconselhar o idoso a lavar ele as partes de que é capaz, fornecer o material que ele precisar. Ajuda-lo naquilo que ele tiver dificuldade.
- **DEPENDENTE:** quando não é capaz de cuidar de si, necessitando de ajuda total do cuidador.

(Oliveira, 2010)

Pretende-se ao máximo **FAZER COM** e **NÃO FAZER POR**

Helder Carreira

Uma boa higiene significa todo o conjunto de medidas que devemos ter em conta para que o idoso tenha:



\* Anexos

Helder Carreira

Os cuidados com a pele, cabelo, barba, unhas, dentes, próteses e boca devem ser, na medida do possível, realizados pelo próprio idoso, de modo a preservar a sua autonomia. Quando este não conseguir, deve ser auxiliado, incentivando-o sempre.



A cultura de cada indivíduo e o seu modo de viver definem a frequência e o método usado (Silva, 2011).

Helder Carreira

## Fatores que afetam: pele, anexos, dentes e boca:

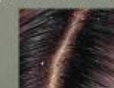
- **NUTRIÇÃO:** quando se tem uma má nutrição ou pouca ingestão hídrica a pele torna-se desidratada, seca, flácida e sem resistência;
- **ATIVIDADE FÍSICA:** ativa a circulação e nutrição dos tecidos, facilita a excreção de produtos não aproveitáveis;
- **CLIMA:** no frio a pele tende a ficar seca e a quebrar-se; no calor a transpiração aumenta sendo necessário mais hidratação;
- **HIGIENE:** a prática varia de pessoa para pessoa;
- **MEDICAÇÃO:** pode provocar reação na pele e anexos;  
Ex: quimioterapia (queda de cabelo) e radioterapia (manchas na pele).
- **HUMIDADE, MIGALHAS DE ALIMENTOS, LENÇÓIS AMORROTADOS:** causam escaras.

(Silva, 2011)

Helder Carreira

## Problemas mais comuns na falta de higiene:

- Formação de placas, tártaros e gengivite;
- Odores desagradáveis;
- Unhas encravadas;
- Língua saburrosa (acumulação de bactérias);
- Caspa, piolhos e lêndeas.



Helder Carreira



## Formas de manter a higiene:

- BANHO;
- HIGIENE ÍNTIMA;
- CUIDADOS COM OS CABELOS;
- CUIDADOS COM A BARBA;
- CUIDADOS COM AS UNHAS;
- HIGIENE ORAL.



Helder Carreira

## Aspetos a ter em conta na higiene:

- Promover uma relação interpessoal e agradável com o utente durante o banho;
- Respeitar a sua vontade, privacidade, integridade e estimular o auto-cuidado;
- Retirar todos os objectos das mãos que possam ferir ;
- Usar um par de luvas para cada utente e lavar **SEMPRE** as mãos antes e depois de cada higiene, de forma a evitar infecções;
- Começar os cuidados de higiene sempre das partes mais limpas para as partes mais sujas, (da cabeça para os pés);
- Observar a integridade corporal;
- Ter atenção à fragilidade da pele, tanto ao lavar como a secar o corpo;
- Ter especial cuidado nos movimentos com idosos dependentes quer seja da cama para a cadeira, ou para o local do chuveiro, devendo desviar-se tudo o que possa magoá-los;
- Retirar sempre as placas dentárias e lavá-las ou incentivar o idoso a limpá-las. Estas só devem ser colocadas depois da limpeza da boca, que nunca deve ser descuidada, mesmo em pessoas sem dentes, para se evitar infecções.

[Adaptado de Oliveira, et al, 2010]

Helder Carreira

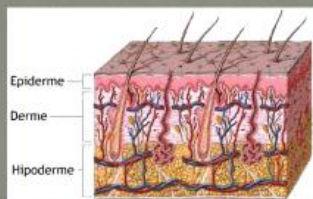
## PELE



A pele é um espelho que reflete o estilo de vida, as condições físicas do corpo e o real estado de saúde do organismo.

Maior órgão do corpo;  
Serve como órgão de excreção;  
Auxilia na regulação da temperatura corporal;  
Fornecer informações sobre o ambiente (calor ou frio);  
Exerce papel estético;  
Protege o corpo contra infecções, lesões ou traumas.

[Adaptado de Silva, 2011]



**1ª Barreira de defesa contra a infeção**

Helder Carreira

Resultado do envelhecimento, surgem alterações na estrutura da pele:

A camada de gordura está reduzida, as fibras elásticas estão em menor número, facilitando a flacidez da pele, e ainda apresenta um aspecto mais fino, que é determinado pela diminuição de todas as camadas da pele, deixando-a mais frável [Bartoloto, 2014].



Rugas, cor amarelada, áspera, atrofia, pintas pigmentadas e máculas

## CUIDADOS COM A PELE

### Lavagem da pele

Água tépida

Produtos de higiene suave

banhos prolongados

com água muito quente e sabões muito ativos

podem dissolver a gordura

perde a barreira impermeável à água

Usar um sabonete neutro e água morna. Sempre após a higiene aplicar um bom hidratante corporal à base de ureia para evitar a evolução de uma pele seca, que facilita o surgimento de possíveis infecções cutâneas ou outros problemas [Bartoloto, 2014].

<https://www.youtube.com/watch?v=NGvO1h4DWB8>

Helder Carreira

## HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



**1º PROCEDIMENTO ANTES DE QUALQUER CUIDADO!**

Helder Correia

- A higienização das mãos é uma medida simples mas importante na prevenção e controle das infecções no âmbito da assistência à saúde;
- Apesar de ser uma medida simples, ela não é colocada em prática adequadamente pelos profissionais.



### A RETER:

- Os microrganismos estão por toda a parte;
- Alguns destes são fontes de doenças;
- As mãos estão entre os principais veículos de transmissão de microrganismos.

(Adaptado de Magalhães, 2013)

Helder Correia

Permite a remoção de sujidade, suor, oleosidade, pelos e células descamativas, interrompendo a transmissão de infecções.



A lavagem das mãos deve ser feita por:

- Todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde;
- Quem mantém contato direto ou indireto com os clientes;
- Quem manipula medicamentos, alimentos, material estéril e contaminado.

(Adaptado de Magalhães, 2013)



Helder Correia

## IMPORTANTE

Antes de realizar a higienização das mãos é necessário retirar todos os adornos (pulseiras, relógios, anéis).



Helder Correia

## IMPORTANTE

A lavagem das mãos deve ser feita:

- No início e final do turno;
- Antes e após contactar com um utente;
- Sempre que as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos corporais;
- Antes e após calçar as luvas;
- Após ir ao WC;
- Antes da preparação e manipulação de medicamentos.

(Adaptado de Magalhães, 2013)

<https://www.youtube.com/watch?v=3z3j0Nhr5Kc>

Helder Correia



## TÉCNICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

### Lavagem das mãos

1. Abre a torneira e molha as mãos.
2. Aplica o sabão e esfrega as mãos.
3. Esfrega as palmas das mãos.
4. Esfrega a parte de trás da mão direita com a palma da esquerda e vice-versa.
5. Esfrega os dedos e polegares.
6. Esfrega o dorso das mãos com a palma da outra mão.
7. Esfrega a parte de trás da mão com a palma da outra mão.
8. Esfrega a parte de trás da mão com a palma da outra mão.
9. Esfrega a parte de trás da mão com a palma da outra mão.
10. Enxágua as mãos.
11. Seca as mãos.

**Dura aproximadamente 1 minuto**

Helder Correia



## IMPORTANTE

- Manter as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com os utentes;
- Aplique creme hidratante nas mãos, diariamente, para evitar secura da pele;
- Secagem obrigatória em toalha de papel.

(Adaptado de Magalhães, 2013)



Helder Correia

## BANHO



Helder Correia

### Objetivo:

- Prevenir doenças;
- Manter a integridade da pele;
- Relaxamento muscular;
- Estimular a circulação;



### Proporciona:

- Boa Saúde física e emocional;
- Boa aparência;
- Autoconfiança;
- Conforto e bem-estar.

### Fatores que interferem:

- Ambiente inadequado (janelas e portas abertas- correntes de ar)
- Alterações do equilíbrio;
- Alterações da visão;
- Diminuição da força muscular;
- Déficit cognitivos.

(Adaptado de Patrícia, 2007)

Helder Correia



Helder Correia

No momento do banho deve-se aproveitar para movimentar as articulações da pessoa e massajar os seus membros inferiores e superiores da extremidade distal à proximal.

### TIPOS DE BANHO

#### PREFERÊNCIA

- **BANHO DE ASPERSÃO** (banho de chuveiro) com ou sem auxílio;
- **BANHO DE IMERSÃO** (banho do bebé);
- **BANHO NO LEITO**



Helder Correia

## Cuidados de higiene e conforto a idosos dependentes:

**1º PASSO:** Garantir um ambiente adequado e preparação de todo o material necessário:

- Luvas e aventais descartáveis;
- Escova ou pente para o cabelo;
- Compressas ou luva manípulo;
- Fraldas descartáveis, se necessário;
- Sabão líquido ou sabonete neutro;
- Creme hidratante e anti-alérgico;
- Toalha de rosto e banho limpas;
- Uma bacia com água tépida (se banho na cama);
- Escova de dentes e pasta dentífrica ou elixir;
- Sacos de plástico para o lixo e para a roupa suja;
- Roupas limpas para o idoso e/ou para a cama;

Helder Correia

## Procedimentos do banho no chuveiro:

1. Explicar à pessoa o que vai ser feito, orientado-a para que colabore;
2. Temperar a água, tendo o cuidado de não queimar a pessoa ou provocar desconforto;
3. Após lavar as mãos, calçar as luvas e despir a pessoa;
4. O procedimento é sempre da cabeça em direção aos pés, usando compressas ou luva manípulo embebidas em água e sabão, ou com gel de banho hipoalergénico;
5. Iniciar com a lavagem da cara (olhos do canto interno para o externo), orelhas e cabeça;
6. Seguem-se as mãos, braços, axilas, pescoço, peito, costas, abdômen, pernas e pés, incluindo entre os dedos e, por fim, partes genitais;
7. Secar o corpo com toalha macia, sem esfregar (secar muito bem entre os dedos dos pés);
8. Aplicar creme hidratante;
9. Vestir a pessoa e cuidar dos cabelos, penteado-a;
10. Não esquecer a lavagem da boca, usando uma escova de dentes ou compressas embebidas em elixir ou pedir ao idoso para bochechar;
11. Analisar o estado da pele e avaliar a necessidade do corte das unhas.

Helder Carreira

## - Cadeira de banho -

Em pessoas em que existe alguma debilidade física, o uso da cadeira de banho revela-se como uma opção válida para a higiene, permitindo que elas próprias ajudem ou façam os seus próprios cuidados, sempre com vigilância de perto.



Helder Carreira

## Exemplo de um WC adaptado:



**ASSEGURAR CUIDADOS COM SEGURANÇA**  
Ex: tapete de borracha no chão, barras de suporte, etc...

Helder Carreira

## Procedimentos do banho no leito:

1. Explicar à pessoa o que vai ser feito, orientado-a para que colabore;
2. Temperar a água, tendo o cuidado de não queimar a pessoa ou provocar desconforto;
3. Após lavar as mãos, calçar as luvas e despir a pessoa à medida da higienização seguida de ocultação. Baixar se possível a cabeceira da cama;
4. O procedimento é sempre da cabeça em direção aos pés, usando compressas ou luva manípulo embebidas em água e sabão, ou com gel de banho hipoalergénico;
5. Iniciar com a lavagem da cara (olhos do canto interno para o externo), orelhas e cabeça;
6. Seguem-se as mãos, braços, axilas, pescoço, peito, abdômen, axilas, pernas e pés, incluindo entre os dedos;
7. Colocar a pessoa de lado, fazer a lavagem das costas, nádegas e só por fim as partes genitais.
8. Ir se secando o corpo com toalha macia, sem esfregar (secar muito bem entre os dedos dos pés);

Helder Carreira

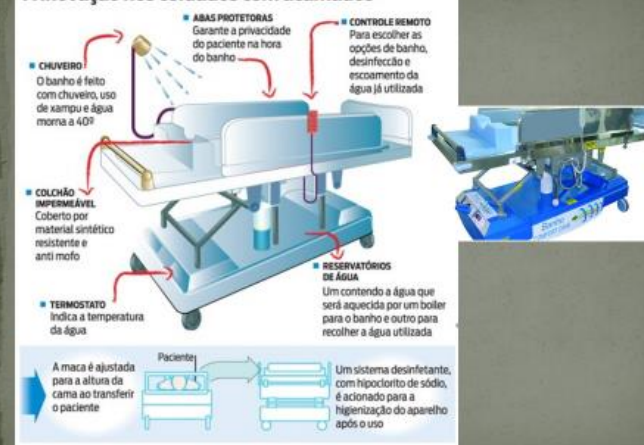
## Procedimentos do banho no leito:

10. Fazer a cama de um lado com roupa lavada e colocar parte da fralda (se necessário), finalizando do outro lado;
11. Aplicar creme hidratante, vestir a pessoa e cuidar dos cabelos, penteado-a;
12. Não esquecer a lavagem da boca, usando uma escova de dentes ou compressas embebidas em elixir ou pedir ao idoso para bochechar;
13. Analisar o estado da pele e avaliar a necessidade do corte das unhas.



Helder Carreira

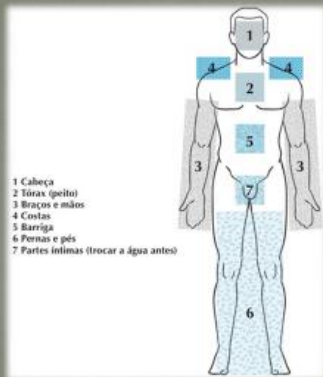
## A inovação nos cuidados com acamados



Helder Carreira



## Sequências para o banho:



- 1 Cabeça
- 2 Tórax (peito)
- 3 Braços e mãos
- 4 Costas
- 5 Barriga
- 6 Pernas e pés
- 7 Partes íntimas (trocar a água antes)

<https://www.youtube.com/watch?v=cz24Wmqjw84>

Helder Carreira

## HIGIENE ÍNTIMA



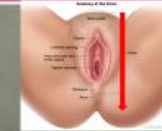
Helder Carreira



- Iniciar a higienização com movimentos circulares na ponta do pênis, puxando o prepúcio para baixo e lavando a glândula;
- Posteriormente o corpo do pênis e o escroto (não esquecer de voltar a colocar o prepúcio na sua posição normal).

### LAVAGEM DIÁRIA

- Lavar da frente para trás (do meato urinário para orifício vaginal e posteriormente para a região anal), prestando atenção à sujeira acumulada entre os lábios, utilizando uma mão para afastar os lábios e outra para lavar.

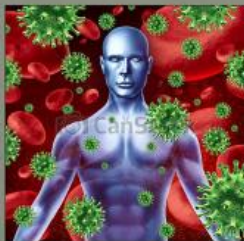


(Adaptado de Silva, 2011)

Helder Carreira

## ATENÇÃO AVISO IMPORTANTE

No banho no leito, depois da higiene da região genital a água tem sempre de ser trocada, pelo risco de infecções associadas.

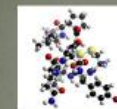


Helder Carreira

## CUIDADOS COM OS CABELOS



Helder Carreira



Resultado da redução hormonal, os cabelos dos idosos ficam mais frágeis e quebradiços, além de mais finos e com menor volume. (Sicaudo, 2015)

Para além de contribuir para a sua aparência e saúde física, um cabelo cuidado é crucial para o bem-estar psicológico de uma pessoa acamada.



Contudo, só se uma pessoa sentir confiança em quem executa a tarefa é que retirará todo o bem-estar.

se: tiver receio de cair, de ficar mais molhado do que o necessário, de lidar com água demasiado fria ou quente; estiver desconfortável; for manuseado de modo brusco » o idoso não irá colaborar nem apreciar sequer um minuto do que lhe estão a fazer.

Helder Carreira

## Aspetos importantes:

- A lavagem do cabelo deve ser feita sempre que necessário, podendo ocorrer durante o banho no leito (no mínimo 3 vezes por semana);
- Ter cuidado com os olhos e ouvidos, protegendo durante a execução;
- Deve-se secar os cabelos rapidamente para evitar arrefecimento e pentear ao finalizar.



### Finalidade:

- Promover a limpeza dos cabelos e couro cabeludo;
- Estimular a circulação do couro cabeludo;
- Evitar aparecimento de parasitas.

(adaptado de Silva, 2011)

Helder Carreira

## CUIDADOS COM A BARBA



Helder Carreira

## COMO REDUZIR OS DANOS AO SE BARBEAR

- Os problemas mais comuns são pequenos cortes, inflamações, foliculite e ressecamento

- Para evitar danos maiores, o tempo entre um barbear e outro deve ser de no mínimo dois dias

- Após se barbear, a pessoa deve usar um creme adequado a seu tipo de pele



- Pelos mais grossos são mais suscetíveis de encravamentos. Por isso, o intervalo deve ser maior

- A escolha entre lâmina e barbeador elétrico deve ser feita individualmente, pois cada pele reage de forma diferente



## Conceitos:

- Use a lâmina no sentido do crescimento dos pelos;
- Passe o menor número possível de vezes as lâminas sob a pele;
- Inicie pela bochechas e região maxilar, boca e por último o queixo, pois geralmente os pelos demoram mais a amolecer neste local;
- A mesma lâmina deve ser usada no máximo 3 vezes;
- Dê preferência para fazer a barba após o banho;
- Lave o rosto após o barbear com água morna;
- Lave a lâmina de barbear cada vez que passar no rosto, pois o acúmulo de pelos diminui a sua eficácia;
- Evite a espuma do sabonete, pois em alguns casos, pode irritar a pele provocando ardor e vermelhidão;
- Utilize loção pós-barba, porém a sem álcool.



(adaptado de Silva, 2011)

Helder Carreira

## CUIDADOS COM AS UNHAS



Helder Carreira

As unhas devem andar sempre limpas e com um tamanho adequado para evitar traumatismos acidentais e infecções (Brandão, 2009).



O corte das unhas dos pés deve ser feito a direito para evitar que encravem.



Caso as unhas sejam duras, colocar imersas em água morna durante 10/15 min.



**Ter muito cuidado em utentes com Diabetes**

Helder Carreira



## HIGIENE ORAL



Helder Carreira

A boca é a principal porta de entrada para os microorganismos causadores de doenças.

É um excelente meio de incubação porque fornece humidade, alimento, calor e proteção em condições ideais.

A boca mal cuidada favorece o aparecimento de infeção, tanto no trato digestivo quanto no trato respiratório (Brandão, 2009).

### As funções da boca



Os cuidados com a higiene oral são fundamentais para:

- Limpeza da língua e dentes;
- Prevenir infeções;
- Promover conforto e bem estar;
- Evitar o mau hálito.

(adaptado de Silva, 2011)



<https://www.youtube.com/watch?v=0tso09fVWU>

Helder Carreira



Deve ser limpo:

- Cavidade oral;
- Lábios;
- Língua;
- Dentes e próteses.



**IMPORTANTE**

PROMOVER A HIGIENE ORAL:

(adaptado de Brandão, 2009)

- Deve ser feita de manhã, após as refeições e ao deitar;
- Utilizar uma escova de dentes que não seja agressiva (cerdas macias);
- Escovar um ou dois dentes naturais de cada vez, com movimento de vaivém e circular e posteriormente a língua e o resto da boca;
- Em caso de uso de próteses a lavagem deve ser feita com água, anti-séptico e com a ajuda de uma escova, passando de seguida por água fria antes de aplicar;
- Colocar durante a noite a prótese num copo com água;
- Hidratar os lábios com vaselina.

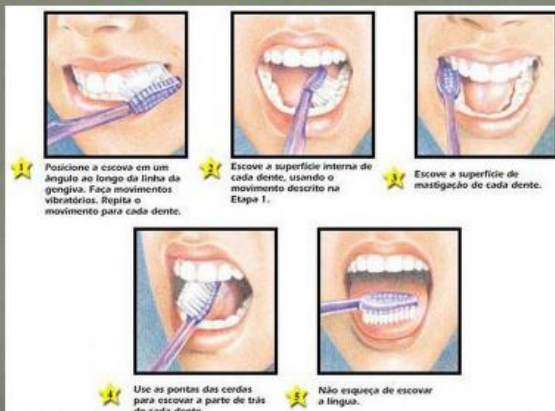
Estimular sempre a pessoa fazer os seus próprios cuidados.



<https://www.youtube.com/watch?v=0tso09fVWU>

Helder Carreira

## Higiene oral adequada:



Helder Carreira

Quando o idoso não consegue colaborar na sua higiene oral, deve ser lavada a boca com uma espátula com a ponta coberta de gaze e lavar com a solução desinfetante (ex: Tantum Verde).

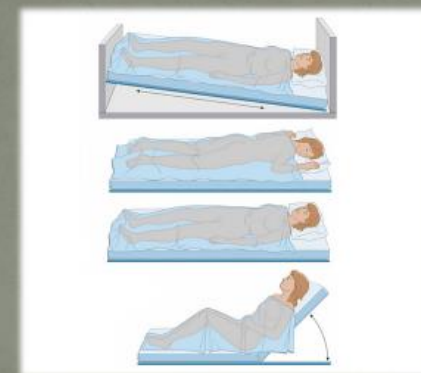


Ter em atenção que o doente deve estar deitado de lado para que não se engasgue



Helder Carreira

## POSICIONAMENTOS



<https://www.youtube.com/watch?v=0tso09fVWU>

Helder Carreira

Os posicionamentos são posturas em que se coloca um utente, quando este não consegue movimentar-se sozinho. Têm como objetivo:

- Promover o conforto da pessoa;
- Prevenir complicações musculares e articulares;
- Prevenir lesões na pele (ex: úlceras de pressão).

(adaptado de Longo, et al, 2009)

Os posicionamentos devem ser executados de acordo com a situação de cada doente. De uma forma geral, recomenda-se que **durante o dia** o tempo de permanência numa posição seja encurtado, realizando-se posicionamentos em intervalos de **2 em 2 horas**, dado que **durante a noite** o período de permanência numa posição é sempre mais alargado, de **4 em 4 horas**.



Helder Correia

## Principais posicionamentos:

- Decúbito dorsal (virado para cima);



- Decúbito lateral (de lado);



- Decúbito ventral (virado para baixo);



- Posição sentado;



- Posição de Fowler.



Decúbito:  
Posição do corpo  
quando deitado.

Helder Correia

## Úlceras de pressão:

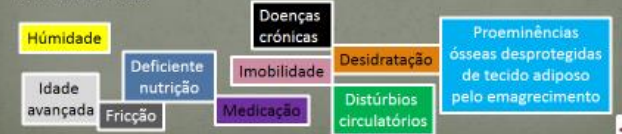
As pessoas que não se conseguem movimentar e ficam acamadas ou sentadas por muito tempo na mesma posição, podem apresentar feridas conhecidas por escaras, úlceras de pressão de decúbito.

É definida como uma área localizada da pele em que existe morte celular, que se desenvolve quando um tecido mole é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um prolongado período de tempo (Albuquerque, 2008).

Deficiência prolongada na irrigação de sangue e na oferta de nutrientes numa determinada área do corpo.



### FATORES DE RISCO



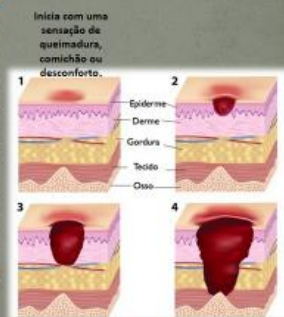
Helder Correia

## SINAIS E CLASSIFICAÇÃO:

Nas pessoas com a sensibilidade preservada, as escaras doem muito. Caso contrário, podem evoluir sem que a pessoa se dê conta de sua presença.

- **GRAU 1:** Atinge as camadas superficiais da pele, surgindo uma mancha avermelhada que costuma desaparecer depois de algum tempo, se a pressão for aliviada;
- **GRAU 2:** o ferimento compromete todas as camadas da pele e o tecido subcutâneo e, pode formar-se uma bolha, aparecer uma esfoladura ou um orifício superficial na área afetada;
- **GRAU 3:** A lesão atinge o tecido muscular, adquire coloração arroxeada e pode abrigar um nódulo endurecido;
- **GRAU 4:** A lesão progride em profundidade, há destruição da pele e dos músculos; os ossos e articulações ficam expostos.

(adaptado de Albuquerque, 2008)



Helder Correia

## PRINCIPAIS LOCAIS AFETADOS E POSICIONAMENTO ADEQUADO:

### Decúbito dorsal



### Decúbito lateral



### Decúbito ventral



### Posição sentado



Helder Correia

## PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES:

O melhor remédio para as escaras é evitar que elas se formem nas áreas mais sensíveis à pressão.

### IMPORTANTE

A fricção é uma das causas das úlceras de decúbito. Ocorre quando duas superfícies entram em atrito. O utente é arrastado sobre a cama, ao invés de ser levantado (Desley, 1996).



<https://www.youtube.com/watch?v=42A37N6C0G8>

- Mudança de decúbito a cada 2 horas pelo menos e a cada 15 minutos em pessoas que usam cadeira de rodas;
- Higiene e hidratação constante da pele (massagem de conforto\*), que deve ser mantida sempre limpa e seca;
- Manter roupas de cama esticadas e sem migalhas de comida (usar um resguardo para facilitar a mobilização);
- Trocar com frequência as fraldas em pessoas com incontinência urinária ou fecal;
- Uso de colchões especiais (água, ar, ou gel de silicone) e almofadas de proteção;
- Alimentação equilibrada e ingestão hídrica adequada;
- Estimular a movimentação respeitando sempre as possibilidades físicas e motoras do utente.

\* se não houver avermelhamento

Helder Correia



Diagrama de un reloj de 12 horas con flechas rojas que indican la dirección de la rotación de la Tierra. Las flechas están etiquetadas como "Rotación Lateral Derecha" y "Rotación Lateral Izquierda".

Inspecionar a pele a cada mudança de decúbito para identificar precocemente alguma possível área de eritema.

[https://www.youtube.com/watch?v=M-Evc2\\_L71Rs&list=PLOq-wO4863Ulp6-logAtUj5WCEYXRAS&index=11](https://www.youtube.com/watch?v=M-Evc2_L71Rs&list=PLOq-wO4863Ulp6-logAtUj5WCEYXRAS&index=11) <https://www.youtube.com/watch?v=UhmGG6a3oQ7Y> <https://www.youtube.com/watch?v=0HH1Ametpw8>

Helder Carreira

Helder Carreira

## A female healthcare professional in a white coat is assisting an elderly male patient who is lying in a hospital bed. She is leaning over the bed, supporting his back and legs. The patient is wearing a grey t-shirt and brown trousers. The room has a window with orange curtains and a radiator.

Helder Carreira

**Têm como objetivo:**

- Prevenir as úlceras de pressão;
- Prevenir as complicações da imobilidade;
- Promover o conforto e a qualidade de vida.

- Sentar «-» Deitar
- Sentar «-» De pé
- Cama «-» Cadeira;
- Cadeira «-» Sanita.

O uso de um posicionamento adequado e de técnicas corretas para transferência da cama para cadeira e mudança de decúbito podem diminuir as feridas causadas por fricção. A pessoa precisa ser erguida ao ser movimentada e nunca arrastada contra o colchão (Drauzio, 2015).

Helder Carreira

Helder Carreira

A 6-panel comic strip illustrating a physical therapy routine. In the first panel, a woman holds a trapezoid while a man lies on his back. The second panel shows her using a chair to assist with a leg exercise. The third panel shows her using a ball to work on the man's foot. The fourth panel shows her using a chair to assist with a leg exercise. The fifth panel shows her using a ball to work on the man's foot. The sixth panel shows her using a chair to assist with a leg exercise.

Aspire o trapezóide, com as duas voltadas para si!

Olhe para o seu pé! Puxe na direção do trapezóide.

Entretão... e?

Cruze os pés e erga os!

Estique e?

Helder Carreira

### SENTAR «-» DEITAR (com ajuda)



Helder Carreira

### SENTAR «-» DE PÉ



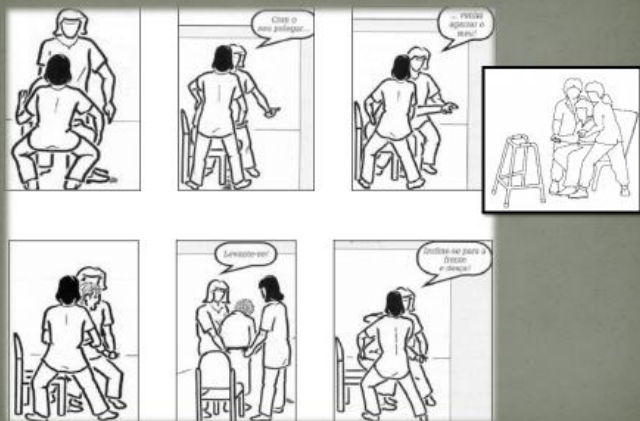
Helder Carreira

### SENTAR «-» DE PÉ



Helder Carreira

### SENTAR «-» DE PÉ (com ajuda)



Helder Carreira

### CAMA «-» CADEIRA



Helder Carreira

## Aspetos importantes:

Sempre que houver necessidade de mobilizar um utente, deve-se ter em atenção:

- Posicionar-se o mais próximo possível do corpo do utente;
- As preferências e pedir sempre a sua colaboração do utente;
- As limitações físicas e manifestações de dor ou desconforto do utente;
- Travar as rodas do equipamento (quando utilizado);
- Examinar o local e remover obstáculos;
- Trabalhar com segurança e com calma, usando movimentos suaves, firmes, sincronizados e uma postura correta:
  - Manter as costas, pescoço, pélvis e os pés alinhados; flexir os joelhos em vez de curvar a coluna; manter os pés alinhados; usar farda que permita liberdade de movimentos; calçado antiderrapante; fazer as transferências com ajuda.
- Ajudar ou efectuar a transferência com o utente de pé, sempre que possível;
- Usar sempre todos os equipamentos de proteção coletiva existentes no serviço (elevadores, transferes, lençóis deslizantes, trapézios, etc...).

(adaptado de Longo, et al, 2009)

Helder Carreira

Não esquecer:





## DIMENSÃO PSICOSOCIAL



Helder Carreira

# Porquê ?



<https://www.youtube.com/watch?v=XXXmnu7W8a>

Helder Carreira

## Alguns estereótipos associados à velhice:

- "A maioria dos idosos é senil ou doente";
- "A maior parte dos idosos é infeliz";
- "No que se refere ao trabalho os idosos não são tão produtivos quanto os jovens";
- "A maior parte dos idosos está doente e tem necessidade de ajuda nas suas actividades quotidianas";
- "Os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar";
- "Todos os idosos se assemelham";
- "A maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão".



Helder Carreira

## Diferença entre velho e idoso na sociedade:



**Velho:** É aquele que está associado à alegria, bom-humor e renovação, aquele que continua a desfrutar da vida.

(adaptado de Nazareth, 2009)



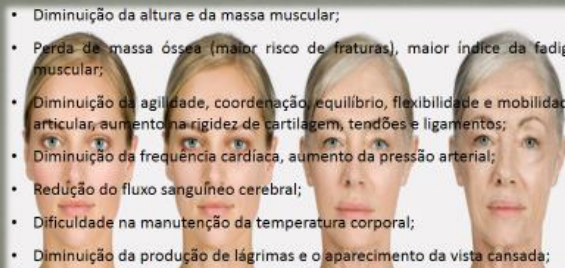
**Vetusto:** É aquele que tem muita idade, está cheio de rugas e é resmungão.

Helder Carreira

O envelhecimento provoca alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo, que ocorrem de modo natural e gradativo, podendo se verificar em idade mais precoce ou avançada e em maior ou menor grau, de acordo com as características de cada pessoa e principalmente com o modo de vida de cada um (Zimmerman, 2000).

## ALTERAÇÕES FÍSICAS:

- Diminuição da altura e da massa muscular;
- Perda de massa óssea (maior risco de fraturas), maior índice da fadiga muscular;
- Diminuição da agilidade, coordenação, equilíbrio, flexibilidade e mobilidade articular, aumento na rigidez de cartilagem, tendões e ligamentos;
- Diminuição da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial;
- Redução do fluxo sanguíneo cerebral;
- Dificuldade na manutenção da temperatura corporal;
- Diminuição da produção de lágrimas e o aparecimento da vista cansada;



Helder Carreira

## ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS:

"Vivemos em uma sociedade em que a expectativa é ser adulto. [...] Não se imagina um velho feliz e até prefere nem pensar na velhice, como se o velho já fosse um semimorto ou alguém com uma doença infectocontagiosa. [...] O pior é que esse tipo de pensamento não é comum só entre os jovens. O próprio velho se autodiscrimina, vê-se como um peso morto, como alguém que já fez a sua parte, já teve seu papel no mundo (...)" (Zimmerman (2000:28).

Um fator que pode intensificar o quadro de crise emocional, é o preconceito que a própria pessoa pode ter desenvolvido durante sua vida sobre o envelhecimento como algo negativo, vendo o idoso como um peso, um ser frágil, doente, improdutivo, difícil de conviver, conservador, pessimista e inseguro, egocêntrico, avaro, dependente, desleixado, irritado, chato, não valorizando os aspectos positivos como: a sabedoria, a moderação, a maturidade e o autocontrole (Gatto, 1990).



Helder Carreira



## ALTERAÇÕES SOCIAIS:

A competitividade, a capacidade para o trabalho, a independência e a autonomia, muitas vezes, não conseguem ser acompanhadas pelos idosos. Estes perdem parte do seu ritmo de trabalho, sendo colocados em segundo plano em relação à vida social (Ramos, 2002).

O envelhecimento social traz uma modificação na "posição de velho" e no relacionamento entre as pessoas, em função de:

- **CRISE DE IDENTIDADE:** provocada pela falta de papel social (pessoas sem função), que levará a uma perda de auto-estima.
- **MUDANÇAS DE PAPÉIS** na família, no trabalho e na sociedade. Com o aumento de seu tempo de vida, terá de haver uma readaptação.

O principal problema das pessoas de idade é o interesse pelo futuro, sentir-se parte da sociedade estar dispostas a comunicar nela (Raposo, 2000: 181).

Helder Carneira

Com o envelhecimento poderá aparecer a solidão e o sentimento de perda, em função da independência dos filhos, viuvez e esvaziamento da casa.

A pessoas que por motivo de doença, ou por carência de recursos económicos, se tornam totalmente dependentes de outros, vivenciam sentimentos de:

### REQUISITOS CRUCIAIS DO CUIDADOR:

- Respeito
- Compreensão
- Carinho
- Disponibilidade
- Atenção
- Dedicação
- Paciência
- Empatia

- Tristeza;
- Inutilidade;
- Solidão;
- Desespero;
- Abandono;
- Medo;
- Insatisfação;
- Isolamento

Helder Carneira

## Comentários:

FAVORECEDORES DE DEPENDÊNCIA	FAVORECEDORES DE INDEPENDÊNCIA
<b>Apresentação pessoal</b>	
Não se preocupe com seu aspecto. Você não vai sair.	Você não quer fazer a barba? Acho que se iria sentir melhor.
<b>Incontinência</b>	
Vou trocar a sua roupa. Você está molhado.	Você pode ir trocar de roupa? Eu ajudo-o, caso precise.
<b>Atividade</b>	
Fique na cama. Não tem mesmo nada para fazer.	Que tal se você se levantar e irmos passear um pouco?
<b>Alimentação</b>	
Eu dou-lhe a comida. Já estamos atrasados.	Hoje, vamos comer mais cedo, para podermos chegar na hora.
<b>Higiene e banho</b>	
Dê-me a toalha que eu enxugo.	Eu dou-lhe a toalha, para que se vá enxugando de cima para baixo, enquanto eu enxugo as pernas.
<b>Vestir-se</b>	
Deixe que eu a vista. É mais rápido	Vamos escolher a roupa que vai pôr e você vai-se vestindo. Se precisar de ajuda, você diga.

Helder Carneira

A forma como o idoso lida com as perdas, declínio físico, reflexões sobre a vida e a perspectiva de futuro, assim terá um envelhecimento:

- Modificações fisiológicas;
- Baixo risco de doenças;
- Baixa incapacidade funcionais;
- Bom funcionamento mental;
- Envolvimento afetivo com a vida.



### BEM SUCEDIDO

- Substituição simbólica das perdas pelos ganhos em outras dimensões;
- Atendimento às necessidades sociais: boas condições de vida e oportunidades sócio-culturais;
- A renovação dos projetos de vida.

- Alterações provocadas por doenças;
- Morte de pessoa próxima;
- Saída dos filhos;
- Mudanças de residência;
- Perda da autonomia;
- Perdas materiais.

(Adaptado de Caldas, 2009)



### MAL SUCEDIDO

- Perdas dos projetos de vida;
- Falta de reconhecimento;
- Dificuldade de satisfazer necessidades;
- Sentimentos de fragilidade, incapacidade, baixa estima, dependência, desamparo, solidão, desesperança;
- Ansiedade, depressão, hipcondria, fobias.

Helder Carneira

## Como melhorar a qualidade de vida?

Auxiliar a pessoa a redescobrir formas de viver com a máxima qualidade possível.

Percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Pascoal, 2006). Ideia que cada pessoa tem da sua vida.

### A SER FEITO PELOS CUIDADORES:

- Estimular a execução de exercício físico e outras atividades de lazer como passeios;
- Incentivar amizades;
- Potencializar o auto-cuidado e a responsabilização, procurando que a pessoa participe nas decisões;
- Providenciar atividades intelectuais que preservem a memória como: ler, praticar jogos de raciocínio (xadres, damas, palavra cruzada, sudoku, dominó, etc);
- Caminhe com o doente nem que seja só por poucos metros;
- Fale com o doente! Vá ao seu encontro! Muitas vezes ele tem necessidade de falar, mas não o faz por se sentir demasiado angustiado ou por ter alguma dificuldade em fazê-lo, mas ele consegue ouvi-lo!
- Envolve sempre que possível a família.

Helder Carneira

## ATIVIDADE FÍSICA



Helder Carneira

A atividade física é todo movimento corporal produzido por músculo que leva a gasto de energia.

Melhoria integrada do campo biológico, psicológico e social na vida dos idosos.



Com as atividades físicas, os idosos voltam a ter uma rotina, um convívio social (geralmente em grupos) que mostra para eles que a vida não acabou, que agora é o momento de aproveitar.

Helder Carreira



O corpo humano é como uma máquina, que se não for utilizado com o passar do tempo, vai se danificando. Assim como a máquina, o corpo humano precisa de movimento (Gels, 2003)

Helder Carreira

## Benefícios do exercício físico:

- Melhora a flexibilidade e a força muscular;
- Aumenta a autoestima;
- Melhora a postura, a mobilidade e o equilíbrio;
- Auxilia na manutenção e aumento da densidade óssea;
- Previne doenças osteomusculares e cardio respiratórias;
- Ajuda no controlo do peso corporal;
- Favorece a atividade cerebral e a memória;
- Ajuda no combate à depressão;
- Insere o idoso no meio social.



[adaptado de Franconi, 2014]



Helder Carreira

## Que exercícios podem ser feitos?

Não existe um exercício ideal, mas sim objetivos, para serem alcançados.



- Fortalecimento muscular;
- Flexibilidade;
- Atividade cardíaca respiratória.



Helder Carreira

## SONO E REPOUSO



Helder Carreira

O sono é uma necessidade fisiológica do corpo. O Repouso permite a recuperação física e psicológica do organismo.



É durante esse período que o organismo realiza funções importantíssimas como: fortalecimento do sistema imunológico, secreção e libertação de algumas hormonas, consolidação da memória, bem como relaxamento e descanso da musculatura (adaptado de Brandão, 2009).

### REPOUSO:

É um estado de bem-estar, isento de ansiedade ou medo e que permite equilíbrio físico e mental do indivíduo.



A falta de um bom repouso pode resultar em cansaço, falta de concentração, transtornos de ansiedade, irritabilidade, diminuição da memória, enxaqueca, entre outros problemas.

Helder Carreira



No idoso é muito frequente existirem alterações do padrão de sono, pelo que devem ser implementadas algumas medidas afim de satisfazer esta necessidade:

- Incentivar o idoso a ter hábitos de sono: levantar e deitar sempre as mesmas horas;
- Se puderem devem praticar uma actividade física regular;
- Tornar o quarto confortável (evitar calor e frio excessivos, reduzir ruídos, luz e ter um colchão confortável);
- Proporcionar refeições a horas certas (não comer nem beber muito à noite);
- Levar os idosos independentes e semi-dependentes para o quarto apenas na hora de dormir;
- Dar medicação, no caso de estar prescrita, para dormir.

(adaptado de Brandão, 2009).

Helder Carreira



Tempo livre não significa repouso. O repouso, como o sono, é obrigatório. O verdadeiro tempo livre é apenas a liberdade de fazermos o que queremos, mas não de permanecermos no ócio.

(George Bernard Shaw)

kdfrases.com

Helder Carreira

## ALIMENTAÇÃO



Helder Carreira

"A qualidade de vida dos idosos depende em grande parte daquilo que bebem e comem." (Bergin, 1995)

Na pessoa idosa, um **estado nutricional inadequado** contribui de forma significativa para o aumento da incapacidade física, da morbilidade e da mortalidade condicionando a **qualidade de vida**.



A má nutrição, decorrente de um desequilíbrio entre aquilo que o organismo pede e aquilo que é ingerido, sendo um quadro extremamente frequente nos idosos (Coelho, 2007).



Helder Carreira

## Determinantes do estado nutricional:



(Lira, et al, 2014)

Helder Carreira

## Outros determinantes:

- Problemas de **mastigação**: alterações nas gengivas e dentes e próteses mal ajustadas;
- Problemas de **deglutição**: produção insuficiente de saliva;
- Perda\diminuição de **capacidade sensorial**: alterações fisiológicas no paladar, visão e olfato;
- **Patologias**: anorexia, infeções, intolerâncias alimentares, etc.
- **Desidratação**: diminuição da percepção de sede e aumento da perda de líquidos (Infeções);
- **Alterações gastrointestinais**: obstipação, flatulência, diarreia;
- **Patologias mentais**
- **Medicação**

(Lira, et al, 2014)



Helder Carreira

## Como deve ser a alimentação?

Tal como nos adultos, a alimentação dos idosos deve ser:

- **COMPLETA:** incluir alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos e beber água diariamente;
- **EQUILIBRADA:** ingerir alimentos na proporção indicada por cada fatia;
- **VARIADA:** incluir diferentes alimentos dos diversos grupos variando diariamente e ao longo do ano.

Segundo o preconizado pela Roda dos Alimentos, para evitar carências vitamínicas ou outras, que conduzam à desnutrição.

Os alimentos têm duas funções essenciais:

- servir de combustível;
- fornecer os materiais necessários ao funcionamento dos órgãos.



Associação Portuguesa de Nutricionistas, 2011

Helder Carreira

## Plano alimentar:

- **LEITE E SEUS DERIVADOS:** Deverão consumir 2 copos de leite por dia. Este leite pode ser: magro, ou meio gordo. E pode ser tomado como bebida ou como ingrediente principal em alguns pratos (ex: cereais)
- **PÃO E CEREAIS:** Deverão consumir 3 a 5 porções. Considera-se uma porção: 1 fatia de pão; ½ chávena de cereais cozinhados; ½ chávena de cereais prontos a servir; 1 pão pequeno; ¾ chávena de arroz, macarrão ou espagete após cozinhados;
- **CARNE, PEIXE E SUBSTITUTOS:** Deverão consumir 2 porções por dia, sendo que 1 porção equivale entre 60 a 90g de carne magra, de peixe, de caça ou de fígado depois de cozinhado. Pode-se substituir por 1 chávena de ervilhas secas, favas secas ou lentilhas, depois de cozinhadas. É também idêntico, ingerir ½ chávena de queijo fresco ou 2 ovos;
- **FRUTOS E LEGUMES:** Para manter uma alimentação saudável, deverão ingerir 4 a 5 porções de legumes por dia. Na escolha deverão constar pelo menos dois tipos de legumes. Os legumes e os frutos poderão ser consumidos cozidos, crus ou em sumo. Uma porção equivale a ½ chávena de legumes ou de frutos frescos, congelados ou em conserva, 1 batata, 1 cenoura, 1 tomate, 1 pêssego ou uma unidade de qualquer outra fruta;
- **INGESTÃO DE ÁGUA:** ingerir entre 1 a 2 litros por dia (6 a 8 copos).



Associação Portuguesa de Nutricionistas, 2011

Helder Carreira

## Recomendações:

- Refeições variadas, equilibradas, ajustadas, pouco volumosas, coloridas e à temperatura adequada;
- Realização de pelo menos 5 refeições diárias (pequeno-almoço, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar) a horas certas;
- Intervalos entre refeições não superiores a 3h30m-4h; e realização de jejuns noturnos não superiores a 8-9h;
- Não omitir refeições;
- Preferir alimentos frescos ou congelados em vez de processados e conservas (fumeiros);
- Acompanhar ou finalizar as refeições com infusões digestivas (tilia, funcho ou limonete);
- Não substituir a água pelas bebidas alcoólicas ou refrigerantes;
- Cortar, moer ou triturar os alimentos em pequenos pedaços e usar uma colher para se alimentar, caso apresente dificuldades de mastigação. Escolher produtos mais macios, como ovos ou laticínios e cozer o peixe, os vegetais e a carne até ficarem bem tenros;
- Restrição de óleos, gorduras e alimentos gordos;
- Preferir os alimentos cozidos e grelhados em detrimento dos fritos e estufados;
- Diminuir o consumo de açúcar e produtos açucarados;
- Pouco ou nenhum sal, usando como alternativa ervas aromáticas ou especiarias.

Helder Carreira

**FIBRAS:** Para os idosos que sofrem de obstipação (prisão de ventre) e outros problemas intestinais, é muito importante acrescentar fibra na alimentação, provenientes da fruta, legumes e cereais.

**GORDURA:** Restringir a ingestão de gorduras, devendo ser usado:

- Para temperar: azeite;
- Para barrar no pão: manteiga;
- Para cozinhar: óleos de origem vegetal;



### GORDURAS SAUDÁVEIS:

- óleos (milho, soja, azeite) margarina vegetal, azeitonas, nozes, castanhas e chocolate.



### GORDURAS A EVITAR:

- Toucinho, banha, óleo de fígado de bacalhau, queijos e carnes vermelhas.

<https://www.youtube.com/watch?v=BWC5uoSD74>

Helder Carreira

## Hidratação:

A água é vital ao organismo humano, entre suas principais funções estão:

- Homeostasia fazendo o equilíbrio hídrico e térmico do corpo;
- Composição das articulações, pois lubrifica e protege-as;
- Composição de plasma sanguíneo;
- Participação do transporte de nutrientes para as células através do sangue;
- Limpeza e desintoxicação do organismo, além das funções vitais dos principais órgãos como: cérebro, pulmões, intestino, estômago, entre outros.



Ao chegar à terceira idade a hidratação corporal está diminuída em torno de 50%, e os sensores de hidratação já não funcionam tão bem como antes, além da capacidade renal de concentrar e diluir a urina, estar diminuída devido a idade avançada.

(Portal de Educação, 2013)



[https://www.youtube.com/watch?v=8V1p\\_Mu2E](https://www.youtube.com/watch?v=8V1p_Mu2E)

Helder Carreira

## MODELO DE INGESTÃO ALIMENTAR

### PEQUENO ALMOÇO

- Fruta fresca (100-200g) ou em batido ou puré
- 200 ml leite meio gordo ou iogurte meio gordo ou 30g queijo ou 50 g de queijo fresco ou 90 g requeijão
- 40-80 g pão ou 50 g cereais
- 25 g fiambre ou 1 ovo

### MEIO DA MANHÃ

- 1 iogurte
- 150 g fruta
- 1 tosta

### JANTAR

- Semelhante ao almoço, mas com menores quantidades

400 Kcal  
1/3 proteínas  
Pobre em gorduras  
Fácil digestão

### ALMOÇO

- Sopa com abundantes produtos hortícolas, pequena quantidade de leguminosas e um pouco de arroz, batata ou massa
- 50-100g de peixe, carne ou 50g bacalhau
- 1 batata grande ou 4 colheres arroz seco ou massa ou 6 colheres feijão ou grão ou 9 colheres ervilhas, favas ou lentilhas
- Vegetais cozinhados ou crus
- Fruta fresca

### LANCHE

- 1 pão
- 25 g queijo
- Chá
- 1 prato pequeno de flocos de aveia ou 1 batido de fruta com iogurte ou 2 dl de leite + melão torrado

### CEIA

- 1 iogurte batido com fruta ou 1 chávena de leite + 20g pão ou 1 prato de papa láctea.

Helder Carreira



## Situações específicas:

### DIFICULDADES DE DEGLUTIÇÃO:

- Picar peixe ou a carne, pois é adaptado que um bife;
- Os vegetais devem ser triturados com a varinha mágica, mesmo na sopa, sendo preferível a crus ou cozidos.



Helder Correia

## Situações específicas:

### ALIMENTAÇÃO POR SONDA NASOGÁSTRICA

A sonda é um tubo fino, feito de borracha macia e flexível, que é introduzida pelo nariz até ao estômago e que permite a administração de alimentos, líquidos e medicamentos, em situações em que exista dificuldade de deglutição ou mesmo recusa alimentar.



(adaptado de Queirós, 2010)

**MATERIAL:**  
Seringa alimentação 100ml -  
Copo com água -  
Resguardo -

### CUIDADOS ESPECIAIS

1

#### Com a preparação de alimentação para administração pela sonda:

- Os alimentos deverão ser triturados, adquirindo uma consistência líquida, para passarem a sonda e não a entupirem;
- Deve utilizar para estas refeições uma grande variedade de alimentos, tais como: legumes, batatas, massa, arroz, carne e peixe. Pode ainda fazer batidos de fruta cozida, aproveitando a água da cozedura;
- Os alimentos devem ser administrados a temperaturas médias, para não provocarem queimaduras.

Helder Correia

### CUIDADOS ESPECIAIS

2

#### Antes de administrar a refeição:

- Lavar as mãos antes de manipular a sonda;
- Verifique se a sonda está no estômago, aspirando com uma seringa. Caso haja um conteúdo inferior a 200 ml, deverá reintroduzi-lo, podendo assim dar a alimentação. Se o volume for superior ao descrito, deverá também reintroduzir, mas esperar cerca de 1 hora para confirmar se tem ou não conteúdo (se permanecer a situação informar o enfermeiro responsável).

3

#### Com a refeição:

- Confirmar que a comida está à temperatura ambiente;
- Posicionar o utente sentado ou semi-sentado, antes, durante e após (30 minutos) a alimentação. Caso não seja possível, deitá-lo de lado;
- Colocar um resguardo no peito;
- Dar lentamente a refeição, colocando a seringa acima da cabeça do utente para facilitar a descida dos líquidos, interrompendo de imediato se a pessoa se engasgar.

Não dê mais que uma chávena almoçadeira ou um prato de sopa de cada vez e siga o horário habitual ou recomendado.

Helder Correia

### CUIDADOS ESPECIAIS

4

#### Após a refeição:

- Introduzir uma seringa de água para lavar a sonda.

A

#### Administração de medicamentos:

- De preferência não juntar com os alimentos;
- Esmagá-los se não forem líquidos e adicionar um pouco de água;
- Depois de dar a medicação, introduzir uma seringa de água para lavar a sonda e ter a certeza que todo o conteúdo foi administrado.

B

#### Outros:

- Mudar o adesivo no máximo 2 vezes por semana, tendo o cuidado de não deslocar a sonda;
- Se a sonda nasogástrica se exteriorizar parcial ou totalmente não a colocar e informar de imediato o enfermeiro responsável;
- Mudar de seringa a cada 2 semanas;
- O interior do nariz deve ser limpo diariamente com um cotonete embebido em soro fisiológico;
- Prestar cuidados de higiene à boca mesmo que o doente seja exclusivamente alimentado por sonda;
- Fornecer água ao longo do dia, salvo indicação médica em contrário.

Helder Correia

## Etapas para alimentar uma pessoa com sonda:



1



2



3



4



5

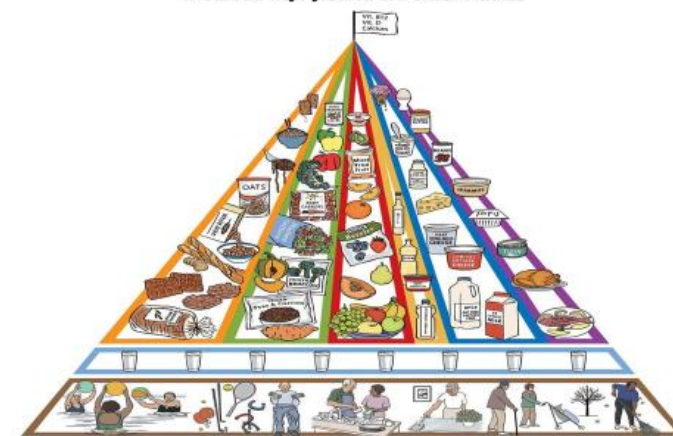


6

<https://www.youtube.com/watch?v=W3Chkuk4t84>

Helder Correia

### Modified MyPyramid for Older Adults



## CONSELHOS FINAIS AO CUIDADOR:

- Considere sempre o utente como um adulto válido, que possui sentimentos, que pensa, que ri e que chora, que tem necessidades e vontades;
- Disponha de tempo para ele;
- Encoraje-o a falar - não o censure;
- Proporcione o seu conforto e bem-estar;
- Seja corajoso, forte e determinado, pois assim servirá de exemplo para ele;
- Estimule-o a participar nas actividades familiares e no seu auto-cuidado;
- Seja positivo e optimista - viva a vida e acredite 100% nela;



<https://www.youtube.com/watch?v=c18A50yloao>

Helder Carreira

# Fim.

Muito obrigado!

Helder Carreira

## **Anexo XXII**

Ficha de avaliação de conhecimentos

**CURSO DE FORMAÇÃO:**

*“Rumo ao Bem-Estar” - Formar para melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos AAD.*

**FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS**

Duração: 30 minutos

Nome: \_\_\_\_\_ Classificação: \_\_\_\_\_

Das seguintes afirmações, assinale com uma cruz (X) caso considere verdadeiro (V) ou falso (F)		
	V	F
1- Envelhecer é um processo natural que se caracteriza por mudanças físicas, psicológicas, sociais e perturbações mentais.		
2- A dependência no idoso pode agravar-se devido à ausência de apoio e de afeto familiar que leva à solidão e isolamento.		
3- Cada utente é um Ser único, como tal, as necessidades humanas básicas não são comuns.		
4- São fatores que proporcionam conforto: a roupa limpa, os cuidados de higiene adequados e a temperatura ambiente inferior a 20°C, preferencialmente.		
5- Nos cuidados de higiene e conforto, o utente deve ser incentivado a colaborar somente nas tarefas que consegue fazer para não afetar a sua auto-estima.		
6- Os objetivos do banho são: a prevenção de doenças, a manutenção da integridade da pele, o relaxamento muscular e a estimulação da circulação sanguínea.		
7- A primeira etapa do banho passa por temperar a água e só depois despir o utente.		
8- Durante o banho, os cuidados devem ser feitos sempre das partes mais limpas para as partes mais sujas, na seguinte sequência: órgãos genitais, face, tronco, costas, pernas e pés.		
9- Para garantir cuidados adequados com a pele, deve-se usar: água preferencialmente quente, sabonete de pH neutro e um creme hidratante (à base de ureia).		
10- De forma a garantir a prevenção e controlo das infeções, a higienização das mãos é um procedimento simples que deve demorar, em torno de, 30 segundos a ser feito.		
11- A higiene íntima deve ser feita no máximo 3 vezes por semana para impedir o aparecimento de infeções.		
12- As unhas dos pés devem ser cortadas a direito para evitar que encravem. Este procedimento é facilitado se imersas em água quente por um período de 10/15 minutos.		
13- A higiene oral deve ser feita 3 vezes por dia usando uma escova de dureza média para a limpeza da boca, lábios, língua, dentes e próteses.		
14- As úlceras de pressão são lesões na pele que podem ocorrer em utentes com mobilidade reduzida, sendo agravadas pela humidade, hidratação, fricção e alimentação adequada.		
15- De uma forma geral, durante o dia os posicionamentos devem ser feitos a cada 3 horas e durante a noite a cada 7 horas.		
16- O profissional deve efetuar as transferências com ajuda, adequando a postura corporal e posicionando-se o mais afastado do utente para facilitar o procedimento.		
17- Como forma de melhorar a qualidade de vida de um idoso, deve-se estimular o repouso no leito, a execução de exercício físico e atividades de lazer como passeios ou jogos.		
18- A alimentação do idoso deve ser equilibrada, completa e variada, distribuída por, pelo menos, 3 refeições diárias com intervalos não superiores a 3h30m-4h.		
19- No idoso deve-se incentivar o consumo diário de água, até ao máximo de 1,5 litros, de forma a prevenir complicações.		
20- Na alimentação por sonda nasogastrica, deve-se usar a seguinte sequência: posicionar o utente, sentado ou semi-sentado, lavar as mãos e aspirar o conteúdo gástrico.		

### **Anexo XXIII**

Formulário de aferição do curso de formação

**AFERIÇÃO DO CURSO DE FORMAÇÃO**

Duração: 15 minutos

**1. Em relação às suas expectativas, como classifica o Curso?**

Não correspondeu ☐ Correspondeu em parte ☐ Correspondeu na totalidade ☐ Superou ☐

**2. Com o Curso desenvolvido considera que os seus conhecimentos aumentaram?**

Não ☐

Sim ☐ a. Quanto? Um pouco ☐ Muito ☐

b. Em que tema(s)?

---

---

---

**3. Sentiu dificuldade ao longo do Curso?**

Não ☐

Sim ☐ a. Como avalia? Reduzida ☐ Média ☐ Elevada ☐ Muito elevada ☐

b. Especifique:

---

---

---

---

**4. Considera que alcançou os objetivos definidos?**

Não ☐

Alguns ☐

Todos ☐

**5. Os conteúdos abordados foram adequados às funções que desempenha?**

Não ☐

Sim ☐

**6. Com o Curso desenvolvido considera que o seu desempenho profissional:**

Não irá melhorar ☐ Irá melhorar um pouco ☐ Irá melhorar muito ☐

**7. Quanto à pertinência, como classifica o Curso?**

Nada pertinente ☐ Pouco pertinente ☐ Pertinente ☐ Muito pertinente ☐

**8. Como classifica a forma de organização do Curso?**

Inadequada ☐ Pouco adequada ☐ Adequada ☐ Muito adequada ☐

**9. Como avalia a documentação que recebeu para a realização do Curso?**

Inadequada ☐ Pouco adequada ☐ Adequada ☐ Muito adequada ☐

**10. Como avalia o desempenho do formador?**

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito bom ☐ Excelente ☐

**11. De um modo geral, como classifica o Curso?**

Fraca ☐ Satisfatória ☐ Boa ☐ Muito boa ☐ Excelente ☐

**12. Que sugestões/opiniões gostaria de fazer?**

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Muito obrigado pela colaboração.

## **Anexo XXIV**

Certificado de presença



## “RUMO AO BEM-ESTAR”

**Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos Ajudantes de Ação Direta**



### **CERTIFICADO DE PRESENÇA**



### **CURSO DE FORMAÇÃO**

Certifica-se que \_\_\_\_\_ participou no Curso de Formação “Rumo ao Bem-Estar” - Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos Ajudantes de Ação Direta, que decorreu entre 25 de Março e 13 de Maio de 2015, com a duração de 12 horas, no âmbito do Ensino Clínico desenvolvido na Unidade de Saúde Pública (USP) do ACES Pinhal Litoral, integrado no Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Leiria, 25 de Maio de 2015

O Formador

O Coordenador da USP

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## “RUMO AO BEM-ESTAR”

Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos Ajudantes de Ação Direta

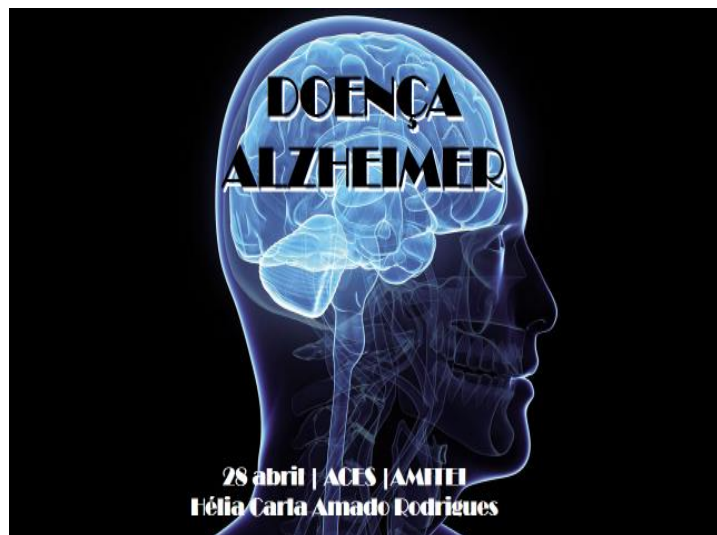
### CRONOGRAMA DO CURSO DE FORMAÇÃO

DATA	MÓDULO (2 horas)	CONTEÚDOS
25 de Março	1	- Formação profissional; Envelhecimento; - Dependência; Necessidades humanas básicas; - Cuidados de saúde: higiene e conforto.
16 de Abril	2	- Pele; Higienização das mãos; - Banho; Higiene íntima; - Cuidados com os cabelos; Cuidados com a barba; - Cuidados com unhas; Higiene oral.
22 de Abril	3	- Posicionamentos; Transferências; - Ajudas técnicas; Trabalho em equipa.
28 de Abril	4	- Dimensão psicossocial; Atividade física; - Sono e repouso; Alimentação.
6 de Maio	5	- Globais (aula teórico-prática).
13 de Maio	6	- Apresentação de trabalhos de grupo.

Formadores: Helder Carreira (Enfermeiro), Ana Carolina (Enfermeira Especialista em Reabilitação) e Hélia Carla (Assistente Social)

## **Anexo XXV**

Apresentação do Workshop sobre a doença de Alzheimer



**ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PINHAL LITORAL**

A ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PINHAL LITORAL (AAPL), sediada no Centro Associativo Municipal em Leiria coloca à disposição dos seus associados, a preços convencionados, através das parcerias estabelecidas, descontos em certas lojas situadas em LEIRIA que vendem material especializado para a doença de Alzheimer e outras Patologias.

Possui ainda Serviços de Psicologia, Massagens Terapêuticas, Fisioterapia, Consultas de Naturopatia, Consultas Jurídicas (testamento vital), Terapias Ocupacionais, Música, Pintura, Jogos Estimulantes para a Memória, pequenos Serviços de Conservação e Reparação nos seus casas e também Showers Room com Workshop de tratamentos para o corpo totalmente gratuitos.

Estes serviços são realizados em espaços adequados - *RECRIBARTS* e *Friendly Talents* - devidamente monitorizados por pessoas da máxima confiança em regime de voluntariado.

No sector de Convívio e Lazer a AAPL, facilita aos associados e outros que se queiram associar, a participação em eventos organizados pelo parceiro *RECRIBARTS*, tais como viagens, jantares e outros convívios onde uma parte do valor pago será doado para a AAPL.

A ASSOCIAÇÃO ALZHEIMER PINHAL LITORAL também serve de interlocutora entre familiares ou cuidadores sempre que houver necessidade de internamento do paciente em lares.

Para mais informação contacte-nos na nossa sede (CAM/pala 6):  
Morada: Largo Salgueiro Maia, 1.º andar, 2400-221 Leiria  
Telefone: 244 890 036 | Telemóvel: 925 068 788  
Horários: Quarta, Quinta, Sexta das 15h00 às 19h00

**VENHAM VISITAR-NOS E FALAR CONNOSCO!**

## TEMAS A ABORDAR

- › Principais alterações cognitivas da Doença de Alzheimer (DA)
- › Principais alterações nas Atividades de Vida Diária (AVD's) dos DA
- › Principais alterações do comportamento de DA
- › Atividades a desenvolver com DA

## FASES DE ALZHEIMER

FASE INICIAL	INTERMEDIÁRIA	GRAVE
<b>Lapses na memória recente</b>	<b>A perda de memória sistemática</b>	<b>Dependência física total</b> os comandos convencionais já foram destruídos
<b>Flutuações de comportamento e personalidade</b> fica labil, ou vice-versa	<b>Repetição</b> visita de informações	<b>Não anda e</b> quase não fala
<b>Sentido de direção</b> comprometido. O doente se perde	<b>Estranhamento</b> constante da própria casa e dos pertences	<b>Não reconhece</b> ninguém, nem a si mesmo
<b>Atitude mais agressiva</b> que normal. Às vezes sem justificação aparente	<b>Alteração</b> de momentos de lucidez e confusão mental	<b>Aparência</b> de infeções, especialmente urinária e respiratória
<b>Dificuldade</b> em fixar informações novas	<b>Estresse</b> psicológico e depressão	<b>A deglutição</b> fica prejudicada
<b>Teimosia</b> O doente insiste em dizer que não há nada errado com ele	<b>Agressividade</b> quando é contrariado	<b>Surgimento</b> de infeções e problemas de circulação, por passar longos períodos sentado ou deitado
	<b>Conceção</b> a dependência física: algumas atividades só foram pessoas e outros perigosos	
	<b>Vocabulário</b> O doente esquece palavras básicas	

## O QUE É A DOENÇA DE ALZHEIMER?

- › É uma doença neurológica degenerativa e progressiva do cérebro;
- › Perda acelerada dos neurónios;
- › Afeta: a memória, o raciocínio, a orientação, a linguagem e os afetos;
- › Perturba adultos previamente saudáveis.

## PRINCIPAIS ALTERAÇÕES COGNITIVAS

- › **DESORIENTAÇÃO**
  - Tempo/Espaço

## PRINCIPAIS ALTERAÇÕES COGNITIVAS (CONT)

### › COMUNICAÇÃO

Capacidade de compreender a linguagem falada ou escrita, as palavras perdem o seu valor enquanto meio de comunicação.



## PRINCIPAIS ALTERAÇÕES COGNITIVAS (CONT)

### › MEMÓRIA

- Perda gradual;
- Perda dos fatos mais recentes para os mais antigos;



## PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NAS AVD'S

- Vestir/Despir
- Cuidados Pessoais
- Alimentação
- Áreas circundantes ao doente
- Recreação e lazer

- Como Ajudar:
  - 1) Trabalhar a autonomia;
  - 2) Mostrar execução de tarefas passo a passo;
  - 3) Previo planeamento das atividades;
  - 4) Não criticar



## PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO

- AGRESSIVIDADE – física e verbal
- REAÇÕES EXALTADAS E CÔLERA - Gritos, choro, desespero, recusa, agressividade verbal, arremesso de objetos.
- AGITAÇÃO E NERVOSISMO – Sinais da progressão da doença
- APATIA/MUMIFICAÇÃO
- ANSIEDADE/MEDO – desconforto à mudança/futuro
- COMPORTAMENTOS EMBARAÇOSOS OU ESTRANHOS
- COMPORTAMENTO SEXUAL INAPROPRIADO – comportamento normal da doença
- INSÔNIAS E DEAMBULAÇÃO NOTURNA
- DEAMBULAÇÃO DE DIA – esquecimento
- ESCONDER E PERDER AS COISAS
- DIFICULDADE EM COMER – engolir, perda de apetite
- MUDANÇAS BRUSCAR DE HUMOR
- TRISTEZA E DEPRESSÃO

## PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DO COMPORTAMENTO (Cont)

“Cuide como gostava de ser cuidado”

### COMO AJUDAR ...

- 1) Respeitar o diagnóstico Biopsicosocial;
- 2) Respeitar o espaço e tempo do DA;
- 3) Apoio e compreensão;
- 4) Comunicar de forma calma, pausadamente sem criticar ou corrigir e não punir;
- 5) Respeitar não infantilizar, não usar babetes, deixar comer com a mão
- 5) Procurar ajuda técnica.

### COMO EVITAR ...

- A) Realizar diagnóstico Biopsicosocial
- B) Privilegiar as rotinas
- C) Respeitar a evolução da doença



AGRADEÇEMOS A VOSSA ATENÇÃO!



## **Anexo XXVI**

Trabalhos de grupo realizados pelos formandos



## Poema

Eternas figuras Humanas  
Que hoje queremos homenagear,  
Contemplando com carinho os cabelos brancos,  
O profundo olhar, as rugas na fonte e na face,  
Sinais de experiência e memória de tantos anos vividos.

Que bom poder formar uma roda  
Para ouvir com atenção  
Os sábios conselhos,  
As palavras fartas,  
Indicadores de novos horizontes em nossa vida.  
Queremos tocar e sentir  
a energia que suas abençoadas mãos transmitem,  
e hoje embora tremulas,  
ainda semeiam os frutos da experiência de vida.

Permita-nos, neste momento especial,  
Acompanhar com ternura seus passos lentos,  
Algumas vezes trôpegos,  
Mas cheios de sabedoria que a vida lhes ensinou.  
Queremos abraça-los e também aplaudi-los,  
Com muita emoção e ternura,  
Pedindo a Deus que os a bençoe e lhes conserve a saúde.

A esperança nos leva a querer que outros dias lindos acontecerão,  
Pois vocês são frutos da mais bela obra  
Que Deus colocou na nossa história.

*Trabalho de grupo realizado por:  
Fernanda, Lurdes, Olinda, Sandra e Eva*

Filho...

- Eu sou velhinho, mas já fui como tu, lembras-te?

- Lembras-te quando eras criança, como te enroscavas no meu colo, dizias que eu era o melhor porto de abrigo!

- Lembras-te quando te segurava pela mão frágil à beira mar e colocavas o teu pé na minha pegada gigante e perguntavas:

- Papá, um dia vou ter uma pegada como a tua?

E eu respondia-te:

- Se depender de mim, a tua pegada será ainda maior, lembras-te?

Não quero, quando partir, que me chores um rio, sabendo que já não posso navegar nele;

Não quero que me tragas flores, quando eu já não as posso admirar;

Só não quero que me abandones nesta estrada que mais parece um deserto, será pedir muito?

Lembra-te que o relógio não pára!

- Eu sou velhinho, mas já fui como tu, lembras-te?

O relógio não pára: tic, tac, tic, tac...

# Tratar x Cuidar

Tratar é a prestação de cuidados técnicos e específicos focados somente na doença.

Tem como único objetivo a cura do doente.



O cuidar é entendido como uma resposta de suporte físico, emocional e social em relação à condição e situação solicitada pelo idoso.

Tem como objetivo o a união do bem estar e com a ajuda nas suas atividades da vida diária, com **tempo, paciência, carinho e atenção.**



“ O avanço das doenças crônicas e degenerativas expõe a fragilidade dos mais velhos e requer o auxílio de outras pessoas para cuidar da vulnerabilidade da idade avançada, permitindo aos idosos que enfrentem os limites pessoais impostos pela nova condição.

Fonte: [portaldoenvelhecimento.com](http://portaldoenvelhecimento.com)

Tratar e Cuidar apresentam diferenças, que passa-mos a apresentar, embora se complementem um ao outro.

Trabalho realizado em contexto de formação por:

- Conceição;
- Milaniya;
- Svetlana.

## **Anexo XXVII**

Póster de divulgação do curso



## "RUMO AO BEM-ESTAR"

### Formar para Melhorar os Cuidados de Higiene e Conforto dos Ajudantes de Ação Direta

Projeto de Intervenção Comunitária Inserido no ensino clínico do Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária

**Helder Miguel Rodrigues Carreira**  
Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem Comunitária  
da Escola Superior de Saúde de Santarém

**Maria do Rosário Silvestre Machado**  
Professora Orientadora, Mestre em Ciências de Enfermagem  
Escola Superior de Saúde de Santarém

**Maria de Fátima Leal Soares**  
Enfermeira Cooperante, Especialista em Enfermagem Comunitária  
Unidade de Saúde Pública do ACES PL

25 de Março  
a 13 de Maio  
2015



### CURSO DE FORMAÇÃO

"Os cuidados básicos de higiene e conforto são fundamentais para a promoção da saúde. A manutenção da higiene é necessária para o bem-estar, segurança e a sensação de conforto e qualidade de vida de uma pessoa" (Planucci, 2002)

PELA  
MELHORIA DO NÍVEL DE SAÚDE  
DOS UTENTES DEPENDENTES



Unidade de Saúde Pública

"Os enfermeiros são os profissionais mais capacitados, através dos seus conhecimentos, para a construção dos alicerces de um projeto formativo dos AAD. Neste sentido, a formação deve: ser dinâmica, permitindo a participação ativa através da partilha de experiências; incluir conteúdos adequados à vida prática; e apresentar uma vertente teórico-prática, com avaliação de caráter contínuo. O estabelecimento de parcerias permitirá o enriquecimento formativo" (Lin, Chang, 2005; Coffey, 2004).

### OBJETIVOS

- Sensibilizar a comunidade e os Ajudantes de Ação Direta (AAD) para a importância dos cuidados de higiene e conforto;

- Contribuir para a **MELHORIA DOS CUIDADOS PRESTADOS PELOS AAD**:

- » Aumento do nível de conhecimentos teóricos e práticos e alteração de comportamentos;
- » **FORMAR PARA MELHORAR.**



13  
Ajudantes de  
Ação Direta

### RESULTADOS/CONCLUSÕES

- Aumento dos conhecimentos teóricos e práticos em 30% face à avaliação inicial;
- Elevada participação, interesse e assiduidade;
- Partilha de saberes;
- Trabalhos de grupo executados pelos formandos.

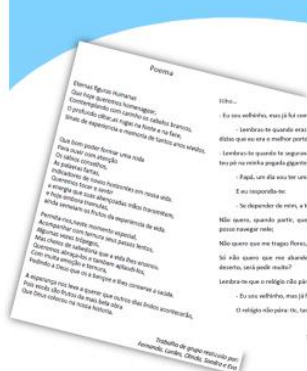


### SUGESTÕES

- Reavaliar os conhecimentos adquiridos;
- Reforçar as parcerias na comunidade;
- Diversificar as temáticas de formação;
- Dirigir a formação a outro público alvo.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lin C., Chang C. (2005). Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 10, 1059-1064.
- Coffey, A. (2004). Perceptions of training for care attendants employed in the care of older people. *Journal of Nursing Management*, 12, 3, 312-316.
- Planucci, A. (2002). *Saber cuidar: procedimentos básicos em enfermagem*. Sereno, Brasil.



#### AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- Dr. Jorge Costa;
- Dr. Ana Paula;
- Enf. Ana Carolina;
- Dr. Hilda Carla;
- Ajudantes de Ação Direta da AMITEI que participaram no Projeto.

Helder Carreira, Junho de 2015